



DR

Conseillère scientifique

Dr Violaine Foltz

CHU La Pitié-Salpêtrière
Paris



Lombalgie commune

Maintenir les activités, objectif clé de l'approche
bio-psycho-sociale



686. Informer et former pour une prise en charge active

Dr Violaine Foltz



687. Évaluer une douleur aiguë de la région lombaire : trois objectifs

Dr Géraldine Durand

690. Lombalgie subaiguë et chronique : évaluer selon le modèle bio-psycho-social

Dr Sophie Pouplin



693. Au stade aigu : traiter efficacement pour éviter le passage à la chronicité

Pr Yves Henrotin

695. Le discours des soignants contribue à prévenir l'invalidité

Christophe Demoulin, Pierre-René Somville, Stéphanie Grosdent, Nathalie Roussel

697. Quels traitements médicamenteux pour quelle physiopathologie ?

Pr Serge Perrot

699. La rééducation du patient lombalgique chronique : globale et individualisée

Amaia Jimenez Avila, Patrick Louvrier



702. Quelle place pour les manipulations vertébrales ?

Dr Jean-Yves Maigne

704. Activité physique et lombalgie chronique : quelle attitude médicale ?

Dr Stéphane Genevey

707. Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi

Dr Audrey Petit

710. ETP dans la lombalgie chronique : objectifs ciblés individuels

Pr Arnaud Dupeyron



713. Prise en charge au stade d'invalidité lombaire

Dr Fanny Roure



718. Le Modic 1 : une lombalgie aux caractéristiques atypiques

Dr Isabelle Griffoul, Dr Virginie Martaille

720. Le stade subaigu : point critique du parcours

Entretien avec le Dr Marc Marty

Informer et former pour une prise en charge active

Dr Violaine Foltz (violaine.foltz@psl.aphp.fr), service de rhumatologie, CHU La Pitié-Salpêtrière, Paris

La prise en charge de la lombalgie qui reste, en France et en Europe, un problème majeur de santé publique (encadré) a été révolutionnée ces dernières années grâce à l'évolution des concepts, passant d'une prise en charge passive à une prise en charge active. On ne demande plus au patient de rester au repos strict au lit en attendant que les symptômes s'améliorent, mais au contraire d'apprendre à gérer ses traitements pour que la douleur soit supportable et ainsi rester en activité.

En effet, on sait aujourd'hui que la douleur n'est pas un signe de gravité et n'est pas liée à l'importance des lésions locales. Ainsi, ce n'est pas parce que la douleur est plus forte que les lésions rachidiennes seront plus importantes et inversement.

Ne plus faire d'imagerie « pour voir »

De ces constatations et des résultats des études d'imagerie ne retrouvant pas de corrélation entre douleur, intensité de la douleur et lésion anatomique, découle le fait que l'imagerie n'a d'intérêt que pour éliminer un autre diagnostic (tumeur, infection, rhumatisme inflammatoire, fracture...) ou discuter un traitement précis (infiltration, chirurgie). Dans les autres cas, l'imagerie montrera forcément des anomalies (discopathie, discopathie dégénérative, arthrose...) sans gravité et pour lesquelles le médecin sera incapable de faire un lien de façon certaine avec la douleur et ne changera en rien son traitement (voire en pire en cas de chirurgie). On ne doit donc plus faire d'imagerie pour « voir » mais pour modifier un diagnostic ou un traitement.

Une campagne d'information à l'australienne

Cette nouvelle conception de la lombalgie doit être acceptée par tous : les patients, le grand public, les pouvoirs publics et les soignants. Tant que certains continueront à avoir des craintes, des « fausses » croyances, un autre discours, une autre façon de fonctionner, cette prise en charge

Première cause de dépenses de santé en Europe

La lombalgie commune est un problème de santé publique majeur dans les pays européens, avec une prévalence sur la vie entière de 84 % et une prévalence à un temps donné estimée entre 12 et 33 %⁽¹⁾. Pour la lombalgie invalidante, la prévalence estimée dans la population est d'environ 7 %. Bien que la plupart des épisodes aigus soient limités à moins de six semaines, la lombalgie, pathologie non létale, reste la première cause de dépenses de santé essentiellement du fait des arrêts de travail et de la faible proportion de patients devenant douloureux chroniques.

active ne pourra être acceptée et mise en place. Malgré tous les efforts faits, par le biais de l'information des patients (consultation, publications...), par le biais de l'information des médecins (formation médicale continue, revues, recommandations, congrès...), ces efforts restent insuffisants, et les craintes ancrées. La prévention primaire doit donc commencer par là : informer en amont le grand public en même temps que les soignants pour avoir un discours unique rassurant concernant les grandes idées par rapport à la prise en charge de la lombalgie : la nécessité d'être actif pour sa santé globale mais également pour éviter d'être lombalgique (ou de s'aggraver si on a une lombalgie), la nocivité du repos. Seule cette stratégie de santé publique coûteuse mise en place en Australie a montré à terme une efficacité pour modifier les craintes et croyances de la population et des soignants, pour diminuer les arrêts de travail et la consommation de soins par rapport à la lombalgie et par conséquent le coût total de la prise en charge⁽²⁾.

Reste à convaincre les pouvoirs publics, les entreprises et la caisse d'Assurance maladie d'investir dans une telle campagne en France, dans l'intérêt du patient et de la société. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006;S192-S300.

2. Buchbinder R, Jolley D. Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation. Spine 2005;30:1323-30.

Étape 1 Évaluer une douleur aiguë de la région lombaire : trois objectifs

Dr Géraldine Durand (geraldine.durand@chu-poitiers.fr), service de rhumatologie, CHU La Milétrie, Poitiers

La lombalgie aiguë est une pathologie fréquente. Sa prévalence est de 70 % dans la population générale. Cette douleur est diversement décrite et vécue par le patient. À la phase aiguë, le diagnostic doit être rigoureux pour ne pas retarder une prise en charge spécifique. L'enjeu du diagnostic initial est triple : vérifier l'origine lombaire de la douleur, écarter une lombalgie spécifique nécessitant des explorations rapides, gérer une radiculalgie associée à des critères de gravité.

La lombalgie est une douleur située entre la douzième côte et la partie inférieure de la fesse. La fréquence des pathologies rachidiennes communes peut induire un diagnostic par excès tant pour la lombalgie que pour la radiculalgie.

Le diagnostic positif d'une lombalgie commune aiguë est avant tout clinique

Dans un premier temps, il convient d'éliminer « ce qui fait mal dans la région lombaire mais qui n'est pas une lombalgie ni une radiculalgie » : la localisation de la douleur montrée par le patient et l'examen clinique du rachis (encadré 1) permettront de répondre à cette question.

Lombalgie ou douleur de la région lombaire (fausse lombalgie)

Le problème d'une douleur projetée au rachis se pose à chaque étage vertébral. Les atteintes cardiopulmonaires ou pancréatiques sont des pièges classiques d'une dorsalgie. Le premier diagnostic différentiel viscéral d'une lombalgie est une atteinte rénale (colique néphrétique ou pyélonéphrite). Des épisodes similaires, une douleur unilatérale, l'irradiation périnéale et des signes fonctionnels urinaires associés sont des éléments permettant le plus souvent le diagnostic. Plus rarement, une atteinte rétropéritonéale peut se révéler par une lombalgie. La douleur est alors plus sourde, sans point douloureux électif, et le syndrome rachidien est modéré ou absent. Les douleurs en rapport avec des adénopathies ou une fibrose rétropéritonéale sont d'installation plus progressive. Enfin, une

pathologie vasculaire doit être évoquée de principe, notamment en cas de pathologie aortique connue (prothèse, anévrisme).

La prévalence des lombalgies liées à une pathologie de l'articulation sacro-iliaque est de 20 à 25 % dans la littérature. Ce diagnostic peut être porté par un examen clinique ou par la réalisation d'une infiltration test de l'articulation⁽¹⁻²⁾. Affirmer l'origine sacro-iliaque d'une douleur est difficile par l'examen clinique seul, car les tests de mobilisation de cette articulation sont peu reproductibles et peu spécifiques⁽³⁾. La douleur peut être reproduite par des mouvements de flexion-rotation externe de la hanche. Une pygalgie inflammatoire de l'adulte jeune évoque une spondyloarthrite. Une douleur mécanique du sujet âgé oriente vers une fracture sacrée.

Les pseudo-radiculalgies

Une pathologie pelvienne ou coxo-fémorale peut mimer les radiculalgies hautes L1, L2 et L3. Une douleur de la face antérieure de la cuisse nécessite un examen systématique de l'articulation

1. Examen clinique du rachis d'un patient ayant une lombalgie aiguë

L'examen du rachis évalue la statique globale dans le plan frontal et sagittal à la recherche d'une scoliose, attitude scoliotique, ou raideur rachidienne. La palpation cherche un point douloureux électif lombaire ou paravertébral. Enfin, une étude des amplitudes rachidiennes est faite. Cet examen servira de référence et pourra guider une éventuelle prise en charge kinésithérapique ultérieure. L'examen est systématiquement complété par un examen articulaire, neurologique et vasculaire.

Lombalgie commune

2. « Drapeaux rouges » en faveur d'une lombalgie symptomatique

- Début avant l'âge de 20 ans ou après 55 ans.
- Antécédent traumatique violent récent.
- Douleur permanente ou d'horaires inflammatoire.
- Douleur thoracique.
- Contexte de néoplasie.
- Perte de poids inexpliquée ou altération de l'état général.
- Toxicomanie intraveineuse.
- Fièvre inexpliquée.
- Immunosuppression dont séropositivité au VIH et corticothérapie au long cours.
- Terrain d'ostéoporose.
- Présence d'un syndrome neurologique étendu.

coxo-fémorale et du genou, à la recherche d'une douleur reproduite à sa mobilisation.

L'examen abarticulaire, par la réalisation de manœuvres de contractions contrariées, diagnostiquera une éventuelle pathologie tendineuse. Il s'agira d'une tendinopathie des ischio-jambiers en cas de douleur de la face interne de la cuisse, des moyens fessiers en cas de douleur de la face externe du grand trochanter, ou d'un syndrome du piriforme en cas de douleur fessière ou sciatique tronquée. Une meralgie paresthésique peut aussi être évoquée en cas de paresthésies en raquette à la face latérale de la cuisse.

L'examen vasculaire par la palpation des pouls, la recherche d'une nécrose distale, d'un souffle vasculaire, d'un signe de Homans ou d'œdèmes permettent d'éliminer une atteinte artérioveineuse.

Enfin, il existe des atteintes neuropathiques non radiculaires, d'origine thalamique, secondaires à une myélopathie ou à une atteinte plexique, qui justifient de pratiquer un examen neurologique complet.

Ces deux derniers diagnostics différentiels (vasculaire et neurologique) peuvent être à l'origine de douleurs aux membres inférieurs mais sans lombalgie associée.

L'interrogatoire vise à éliminer une lombalgie symptomatique

L'interrogatoire retrace l'histoire de l'épisode douloureux ainsi que d'éventuels signes associés (hyperthermie, altération de l'état général). Les épisodes similaires et les autres antécédents sont aussi importants à prendre en compte (néoplasie, immunodépression). La localisation précise de la douleur et de ses irradiations (trajet radiculaire ou non), son horaire (mécanique ou inflammatoire), les facteurs aggravants ou bénéfiques sont aussi recueillis. Le but de cette première étape clinique est d'essayer d'écarter une lombalgie symptomatique non commune, par la recherche de signaux d'alerte. Ces « drapeaux rouges » (encadré 2) ont été colligés en 2006 par le groupe européen COST B13⁽⁴⁾.

Le diagnostic de lombalgie commune est ainsi un diagnostic d'élimination : c'est une douleur qui n'est pas en rapport avec une atteinte rhumatismale, tumorale, infectieuse ou fracturaire du rachis et qui ne s'accompagne pas de signes de compression nerveuse.

Rechercher des signes de gravité devant une radiculalgie

Trois situations requièrent le transfert du patient dans un centre spécialisé le plus précocement possible, afin de discuter une prise en charge chirurgicale :

- l'apparition récente d'un déficit moteur inférieur à 3/5. Selon l'importance du déficit, son évolution (aggravation ?) et les muscles touchés (pas d'élément inquiétant sur le releveur du gros orteil), une indication chirurgicale ou une simple surveillance seront proposées. En cas de lombosciatique L5, un déficit isolé du releveur de l'hallux n'est pas une indication opératoire mais nécessite une surveillance ;
- un syndrome de la queue de cheval se traduisant par des troubles urinaires (dysurie, incontinence ou rétention urinaire), par une incontinence ou une hypotonie du sphincter anal ainsi que par des troubles de l'érection. Cette situation reste une urgence médicale et chirurgicale dans les 48 heures de la sciatique ;
- une lombo-radiculalgie hyperalgique malgré 24 à 48 heures d'un traitement médical optimal incluant les morphiniques. Ce dernier critère n'implique pas de traitement chirurgical en urgence.

L'abolition d'un réflexe ou des troubles sensitifs ne sont pas des critères de gravité et encore moins d'indication de chirurgie.

Quels examens complémentaires prescrire ?

Objectifs et limites de l'imagerie

« La pression » des patients pour effectuer rapidement des examens complémentaires ne doit pas faire oublier au prescripteur que l'on ne fait pas une imagerie « pour voir », mais pour éliminer une lombalgie symptomatique ou guider un traitement spécifique (infiltration ou chirurgie) en cas d'évolution défavorable à six semaines⁽⁵⁾. Malgré une description détaillée d'anomalies rachidiennes par l'imagerie, le modèle anatomoclinique de la lombalgie commune (lier une douleur à une lésion anatomique) est souvent pris en défaut. Dans la lombalgie aiguë commune, le scanner (TDM) ou l'IRM va montrer des signes (discopathies, protrusion discale) que l'on retrouve dans les mêmes proportions chez des patients asymptomatiques. Ces anomalies radiologiques, quel que soit leur nombre, n'ont pas d'impact direct sur la prise en charge et l'évolution de l'épisode, même en cas de

radiculalgie associée ; elles peuvent néanmoins être anxiogènes en l'absence d'explications adaptées des résultats et favoriser la chronicisation de la douleur. Il est ainsi montré qu'un diagnostic de lésion disco-vertébrale (protrusion, hernie, discopathie, etc.) posé précocement multiplie par 5 le risque de passage à la chronicité⁽⁶⁾.

Quel bilan réaliser ?

- La radiographie standard du rachis lombosacré de face et de profil reste l'examen de référence en première intention. Cet examen facile d'accès permet une étude de la statique rachidienne, écarte une fracture vertébrale, et peut mettre en évidence des signes de spondylodiscite, spondyloarthrite ou de pathologie tumorale.

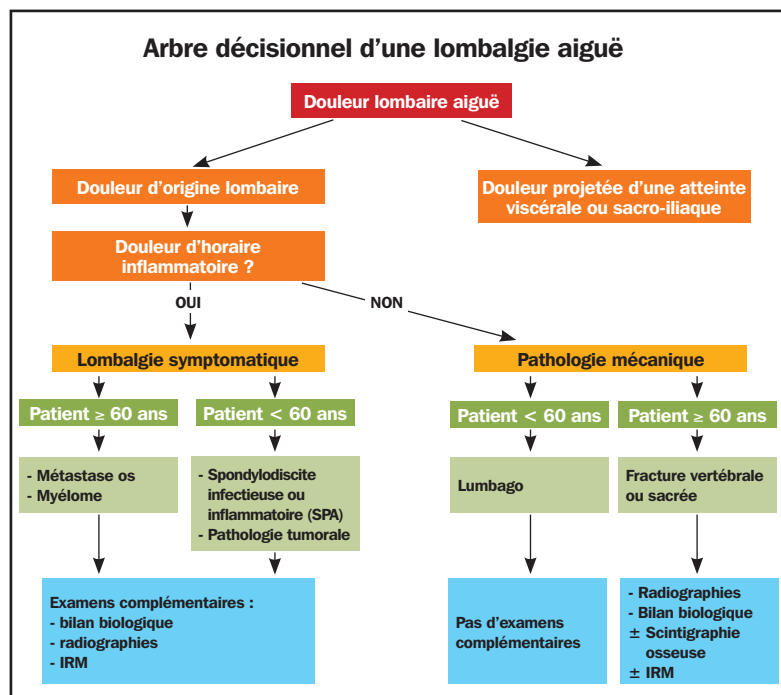
- Le bilan biologique minimal comporte une mesure de la vitesse de sédimentation et un dosage de la protéine C réactive, puis, en fonction de l'orientation : NFS, calcémie, électrophorèse des protéines sériques et protéinurie des 24 heures. Des anomalies sur ce premier bilan orientent vers une lombalgie symptomatique et nécessitent un avis spécialisé rapide.

- En seconde intention, une imagerie plus spécifique peut être réalisée. Le principal avantage de l'IRM est de parfaitement évaluer les parties molles, l'inflammation de l'os, et donc d'écarter facilement une pathologie inflammatoire, infectieuse ou tumorale. Le scanner reste indiqué en cas de contre-indication à l'IRM mais visualise moins bien les parties molles, les lésions médullaires ou intracanales (épidurite, compression discale). Il est beaucoup moins sensible pour détecter précocement une pathologie inflammatoire, ou une spondylodiscite. Comme l'IRM, le scanner diagnostique une hernie discale, mais évalue mieux la composante osseuse (ostéophytique) d'une compression radiculaire. La scintigraphie osseuse permet d'affirmer l'origine rachidienne des douleurs en cas de doute avec une fracture du bassin mais doit être couplée à une TDM pour une exploration locale plus précise.

Une prise en charge bien codifiée

À la phase aiguë d'une lombalgie, un interrogatoire et un examen clinique précis permettent d'écarter une douleur d'origine extrarachidienne et de faire un tri parmi les différents diagnostics de lombalgie.

La recherche de signaux d'alerte d'une lombalgie symptomatique doit être systématique, leur



présence imposant de réaliser rapidement des explorations (biologiques, radiologiques) et de demander un avis spécialisé. En cas de radiculalgie associée, l'existence d'un déficit moteur récent inférieur à 3/5, d'un syndrome de la queue de cheval ou d'une hyperalgie malgré un traitement adapté nécessite un avis chirurgical en urgence. En l'absence de ces signes de gravité, la réalisation d'examen complémentaires n'est pas justifiée avant six semaines de symptomatologie douloureuse, car elle ne modifie pas l'évolution de l'épisode algique. La prise en charge doit associer : réassurance, poursuite des activités autant que possible, traitement efficace réévalué et adapté régulièrement. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Bernard Jr TN, Kirkaldy WH. Recognizing specific characteristics of non specific low back pain. Clin Orthop Relat Res 1987;217:266-80.
2. Sembrano JN, Polly DW. How often is low back pain not coming from the back. Spine 2008;34:E27-32.
3. Maigne JY, Aivalikis A, Préfer F. Results of sacro iliac joint double block and value of sacroiliac provocation tests in 54 patients with low back pain. Spine 1996;20:31-7.
4. Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain COST B13. European Spine J 2006;15:S192-S300.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et des lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution. Recommandations de février et décembre 2000. www.has-santé.fr
6. Abenham L, Rossignol M, Gobeille D, et al. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. Spine 1995;20:791-5.

1 étape Lombalgie subaiguë et chronique : évaluer selon le modèle bio-psycho-social

Dr Sophie Pouplin (sophie.pouplin@chu-rouen.fr), service de rhumatologie, CHU, hôpitaux de Rouen

Une lombalgie est subaiguë lorsqu'elle évolue depuis plus de six semaines, et chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de trois mois. Cette situation concerne une minorité de patients mais a des conséquences importantes en termes de santé publique. Effectivement, une minorité de patients (environ 10 %) engendre à elle seule 85 % des coûts⁽¹⁾. Ainsi, les facteurs de risque de passage à la chronicité de la lombalgie sont les éléments majeurs à identifier aussi tôt que possible. Ils sont aujourd'hui bien connus.

Éliminer les pathologies sous-jacentes

La démarche médicale comprend dans un premier temps la recherche de signes évocateurs d'une lombalgie symptomatique non encore identifiée dans la phase aiguë. Ainsi, on oriente l'interrogatoire et l'examen physique vers la recherche d'une étiologie sous-jacente : inflammatoire, néoplasique, infectieuse ou en lien avec une douleur projetée.

Ces diagnostics différentiels sont évoqués grâce à la recherche des signes d'alerte : « *red flags* » déjà précisés (voir article p. 687). Néanmoins, dans la plupart des cas, il s'agit d'une lombalgie commune.

Chercher les signes d'alerte jaunes, facteurs de risque psychosociaux

Dans cette situation subaiguë et chronique, l'accent est mis sur la recherche de facteurs de risque de passage à la chronicité. Il est maintenant

admis que la lombalgie chronique correspond à un modèle bio-psycho-social (encadré 1)⁽²⁾, l'aspect lésionnel vertébral n'étant qu'une composante de la pathologie, les autres facteurs impliqués étant essentiellement psychosociaux⁽³⁾.

Les « drapeaux jaunes » correspondent aux facteurs de risque psychosociaux (encadré 2)^(3, 4). Il s'agit de facteurs professionnels (insatisfaction au travail, posture professionnelle, durée de soulèvement de charges), cognitifs (catastrophisme, croyance que la douleur est dommageable), comportementaux (repos prolongé, diminution des activités quotidiennes, évitement des activités normales) et psychologiques (sentiment d'inutilité, dépression, irritabilité, manque de confiance en soi et de reconnaissance).

Examen clinique : l'interrogatoire garde une place prépondérante

Alors que l'examen physique est une étape indispensable dans l'évaluation initiale du patient lombalgique, il semble de moindre intérêt en phase subaiguë et surtout chronique : il ne contribue pas à l'évaluation de la sévérité, il oriente rarement la démarche thérapeutique. En effet, l'examen physique ne permet pas d'identifier la(les) structure(s) anatomique(s) impliquée(s) dans la genèse des douleurs (disque intervertébral, articulations interapophysaires postérieures, ligaments, ou muscles...), il n'aide pas non plus à préciser la et/ou les lésions sous-jacentes (pincement discal, ostéophytose, arthrose interapophysaire postérieure, spondylolisthésis).

• Néanmoins, l'examen clinique général, ostéo-articulaire et neurologique garde sa place pour confirmer l'absence de complications qui feraient

1. Modèles bio-psycho-social et biomédical⁽²⁾

Modèle bio-psycho-social : modèle intégré tenant compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie

- Biologique : analyse clinique de la condition physique et mentale
- Psychologique : facteurs personnels psychologiques et comportementaux influant sur le fonctionnement de l'individu, notamment retentissement socioprofessionnel
- Social : reconnaissance de l'importance du contexte social, des pressions et contraintes sur le fonctionnement de l'individu, notamment du retentissement socioprofessionnel

Modèle biomédical : modèle fondé sur l'application directe de la méthode analytique des sciences exactes conduisant du diagnostic au traitement sans considérer l'homme

- Anatomie et biomécanique humaine : influence de la lésion sur la douleur limitée au système lombopelvien

sortir le patient du cadre de la simple lombalgie commune chronique. L'examen clinique permet par ailleurs l'analyse de la posture rachidienne globale, de la mobilité du rachis dans les différents plans de l'espace (flexion, extension, inclinaisons latérales et rotations) et des rétractions tendineuses sur les chaînes postérieures et antérieures des membres inférieurs. On recherche notamment une douleur provoquée à la pression des épineuses ou des régions paravertébrales.

- L'interrogatoire, en revanche, garde une place prépondérante, en précisant les différentes composantes et caractéristiques de la douleur, qui est souvent la plainte majeure des patients lombalgiques chroniques. Les caractéristiques de la lombalgie sont décrites : siège, irradiation éventuelle, mode évolutif (durée d'évolution, fond douloureux, accès paroxystiques), horaire (mécanique, inflammatoire, permanent), caractéristiques sensorielles, facteurs déclenchants et calmants, recherche des composantes neuropathiques éventuelles associées.

L'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN) permet de quantifier l'intensité de la douleur et précise son intensité maximale, minimale, moyenne, ses variations selon les moments de la journée et/ou les activités⁽⁵⁾. L'interrogatoire permet d'évaluer les facteurs de risque de passage à la chronicité (« *yellow flags* », voir encadré 2).

- Les autoquestionnaires sont des outils d'évaluation utiles dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, et plusieurs modes d'évaluation peuvent être proposés :

- l'appréciation de la douleur et des retentissements socioprofessionnels est un élément indispensable à aborder en consultation de médecine générale ; le questionnaire de Saint-Antoine (QDSA), issu du *Mac Gill Pain Questionnaire*⁽⁶⁾, est ainsi un outil intéressant qui explore les différentes dimensions de la douleur chronique ; le QDSA a sa place dans l'évaluation des patients lombalgiques chroniques ;
- les évaluations multidimensionnelles plus complètes (encadré 3) qui demandent plus de temps sont effectuées dans le cadre de consultations spécialisées de rhumatologie, médecine physique et réadaptative ou dans des structures de prise en charge de la douleur.

Quelle est la place de l'imagerie dans l'évaluation de la lombalgie chronique ?

Dans les lombalgies subaiguës ou chroniques, un bilan iconographique de référence est indiqué

2. Facteurs de risque psychosociaux : « *yellow flags* »^(3, 4)

Travail

- Croyance que la douleur doit avoir disparu avant le retour au travail ou à des activités normales
- Anticipation ou crainte d'une augmentation de la douleur avec l'activité ou le travail
- Perception que le travail est dommageable
- Manque de soutien du milieu du travail
- Antécédents professionnels

Comportements

- Attitude passive en réadaptation
- Repos prolongé
- Activités réduites avec diminution marquée des activités de la vie quotidienne
- Sommeil perturbé par la douleur
- Augmentation de la consommation d'alcool ou de substances semblables depuis l'apparition de la douleur

Croyances

- Croyance que la douleur est dommageable, ce qui entraîne un comportement d'évitement
- Catastrophisme
- Mauvaise interprétation des symptômes organiques
- Douleur impossible à maîtriser
- Suivi des exercices faible
- Attente irréaliste en ce qui a trait à une technique thérapeutique
- Faible degré d'instruction

Facteurs psychologiques

- Dépression
- Sentiment d'inutilité
- Irritabilité
- Anxiété en fonction des symptômes
- Désintérêt pour les activités sociales
- Attitude surprotective du conjoint
- Attitude punitive du conjoint
- Manque de soutien pour verbaliser ses problèmes

3. Outils d'évaluation de la douleur lombaire utilisés dans les centres spécialisés

L'échelle de Dallas (*Dallas Pain Questionnaire*) explore l'impact de la douleur dans quatre dimensions : activités quotidiennes, travail et loisirs, dépression-anxiété et comportement social. Sa version française, dénommée échelle de Douleur du Rachis Auto-questionnaire de Dallas (DRAD), a été validée chez les patients lombalgiques chroniques. Les réponses sont données sous forme d'échelles visuelles⁽⁷⁾.

Certaines échelles évaluant plus spécifiquement l'incapacité fonctionnelle des lombalgiques sont également utilisées dans les consultations spécialisées. Une version française du *Roland-Morris Disability Questionnaire* est validée dans la lombalgie aiguë, il s'agit de l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (échelle EIFEL)⁽⁸⁾. Elle explore les répercussions de la douleur lombaire sur les activités de la vie quotidienne : locomotion, activités domestiques, confort corporel et répercussions sociales ou psychologiques.

(de même qu'un bilan biologique de référence comprenant NFS-plaquettes, VS, CRP et calcémie). Les éléments iconographiques pratiqués sont des radiographies standard du rachis lombaire (face et profil) et du bassin de face, à la recherche de lésions osseuses, de troubles de l'équilibre sagittal, de spondylolisthésis.

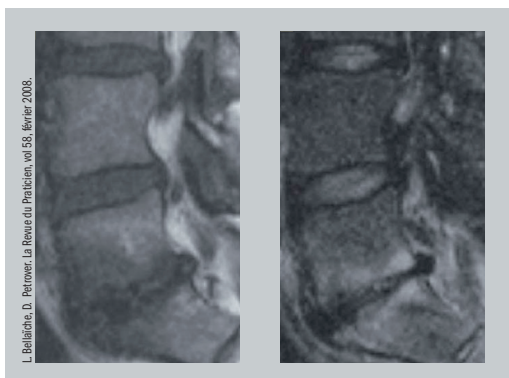
Lombalgie commune

4. L'IRM : quand, comment, pourquoi ?

En l'absence d'évolution favorable de la lombalgie, une IRM lombaire est pratiquée, avec des coupes sagittales, axiales et coronales T1, T2, STIR. L'IRM permet :

- d'éliminer un autre diagnostic spécifique (spondyloarthropathie, spondylodiscite, tumeur) ;
- de rechercher des signes de discopathie (dégénérescence, protrusion ou hernie discale), une atteinte articulaire postérieure, un conflit discoradiculaire, et d'analyser les autres structures (canal lombaire, racines, muscles spinaux et psoas), afin de guider vers un traitement par infiltration, voire chirurgie ;
- d'identifier les discopathies inflammatoires Modic 1 (voir article p. 718) pour lesquelles une prise en charge spécifique peut être proposée⁽¹¹⁾.

Aspect à l'IRM d'une discopathie en poussée congestive



Pour la lombalgie commune évoluant sur un mode chronique, l'Anaes reconnaît licite la réalisation d'une IRM après radiographie standard quand il existe un retentissement grave dans la vie professionnelle et/ou quand un traitement invasif est envisagé⁽⁹⁾.

Néanmoins, les différentes atteintes anatomiques révélées par les explorations d'imagerie ne sont pas systématiquement en cause dans l'explication des douleurs ressenties par le patient. Il est donc primordial de préciser au préalable au patient les objectifs, les résultats attendus des examens prescrits et l'absence de corrélation anatomo-clinique⁽¹⁰⁾. Il est également indispensable d'informer le patient de la fréquence d'images pathologiques dans la population générale. L'imagerie est justifiée notamment pour la recherche d'une étiologie spécifique en dehors de la lombalgie commune (encadré 4).

En cas de lombalgie chronique, il n'y a pas d'intérêt à pratiquer une tomodensitométrie lombaire excepté en cas de contre-indication à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Dans l'évaluation d'une lombalgie chronique, il n'y a aucune indication à pratiquer une scintigraphie ou une myélographie. De même, il n'y a pas de justification à

répéter les examens complémentaires dans le suivi évolutif des patients lombalgiques chroniques.

Quand adresser un patient à un spécialiste ?

L'indication d'un avis complémentaire ou d'une prise en charge par un spécialiste se pose le plus rapidement possible dès lors que la douleur passe en phase subaiguë ou chronique.

Quatre situations justifient l'avis d'un spécialiste :

- doute diagnostique (pathologie inflammatoire sous-jacente) ; dès lors que le diagnostic de lombalgie commune n'est pas certain, un avis auprès d'un rhumatologue est nécessaire ;
- retentissement sur la qualité de vie ; une prise en charge globale multidimensionnelle et multiprofessionnelle est nécessaire et un avis auprès d'un rhumatologue, médecin de médecine physique et réadaptative, est souhaitable afin d'harmoniser la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse ; une prise en charge auprès d'un spécialiste de la douleur dans une structure douleur est également un recours utile dans les situations difficiles ;
- retentissement thymique important ; un avis auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre est souhaitable ;
- difficultés en lien avec le travail ; un contact avec le médecin du travail est un point important dans la prise en charge. •

L'auteure déclare avoir été prise en charge (transports, hôtel, repas) à l'occasion de congrès par Astellas Pharma, AbbVie, Pfizer.

1. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: what's new? *Joint Bone Spine* 2009;76:608-13.
2. Dupeyron A, Ribinik P, Gelis A, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:319-35.
3. Nicholas MK, Linton SJ, Waston PJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors («yellow flags») in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91:737-53.
4. Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, et al. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2009; 76: 537-542.
5. Recommandations professionnelles HAS. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008.
6. Bourreau F, Luu M, Doubrere J, et al. Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie* 1984;39:119-39.
7. Marty M, Blotman F, Avouac B, et al. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65:126-34.
8. Zerkak D, Beaudreuil J, Bidault F, et al. Validation de l'Eifel dans une population de patients lombalgiques chroniques. *Rev Rhum* 2006;73:1035.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2000). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. ANAES, Paris.
10. Van Tulder MW, Assendelft WJJ, Koes BW, et al. Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine* 1997;22:427-34.
11. Beaudreuil J, Orcei P. La discopathie de type Modic 1. *Rev Rhum* 2009;76:4-6.

étape 2 **Au stade aigu : traiter efficacement pour éviter le passage à la chronicité**

Pr Yves Henrotin (yhenrotin@ulg.ac.be), **Céline Mathy**, unité de recherche sur l'os et le cartilage (UROC), Arthropôle Liège, université de Liège, institut de pathologie, +5, CHU Sart-Tilman, Liège, Belgique ; service de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle, hôpital Princesse-Paola, Marche-en-Famenne, Belgique

Les lombalgies non spécifiques, également appelées lombalgies communes, sont classées, en fonction de leur durée, en aiguës (moins de six semaines), subaiguës (entre six et douze semaines) ou chroniques (au-delà de douze semaines). Il est admis que les lombalgies aiguës ont une évolution rapidement favorable dans la majorité des cas. Selon les études, 60-70 % des patients guérissent en quatre à six semaines et 80-90 % en douze semaines⁽¹⁾. Plus de 40 % des épisodes de lombalgies observés en milieu professionnel durent moins de vingt-quatre heures. La forme chronique représente moins de 10 % des lombalgies⁽¹⁾. En revanche, le risque d'avoir un nouvel épisode de lombalgie dans les mois qui suivent est élevé (60-85 %) ⁽²⁾. Il est donc important de combattre rapidement la lombalgie aiguë et de prévenir sa récurrence ainsi que son évolution vers une forme chronique. L'objectif thérapeutique principal est de permettre un maintien ou une reprise rapide des activités de la vie journalière (AVJ) et professionnelles. Pour atteindre cet objectif, plusieurs actions doivent être menées conjointement⁽³⁾.

Informé de façon rassurante

Il faut informer le patient sur la bénignité de ses symptômes, sur l'inutilité des examens complémentaires et sur l'importance de rester physiquement actif⁽⁴⁾. L'information doit être fondée sur le modèle bio-psycho-social⁽⁵⁾ et vise à modifier les croyances et le comportement du patient lombalgique. Elle doit lutter contre le catastrophisme et la peur liée à la douleur qui constituent les *primum movens* de la chronicisation⁽⁶⁾.

Éviter le repos strict au lit

Si le repos au lit est nécessaire en raison de l'intensité de la douleur, il n'est pas une prescription médicale et ne doit pas excéder deux jours. Le repos au lit prolongé peut en effet favoriser le passage à la chronicité et est donc à éviter^(7, 8).

Supprimer ou réduire rapidement la douleur

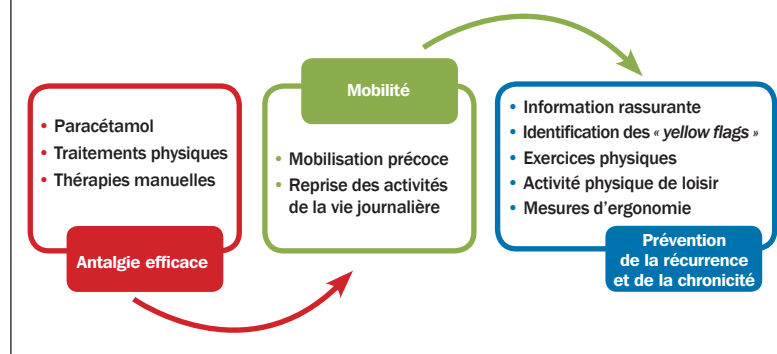
Les moyens thérapeutiques sont pharmacologiques et/ou non pharmacologiques⁽⁹⁾.

- Les antalgiques (paracétamol, opioïdes faibles) sont efficaces dans la douleur aiguë. Le paracétamol est le traitement de première intention. En cas de résultats insuffisants, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés, puis, si nécessaire, des associations entre antalgiques de niveau 2, AINS ou myorelaxants peuvent être envisagées⁽¹⁰⁾. Les myo-

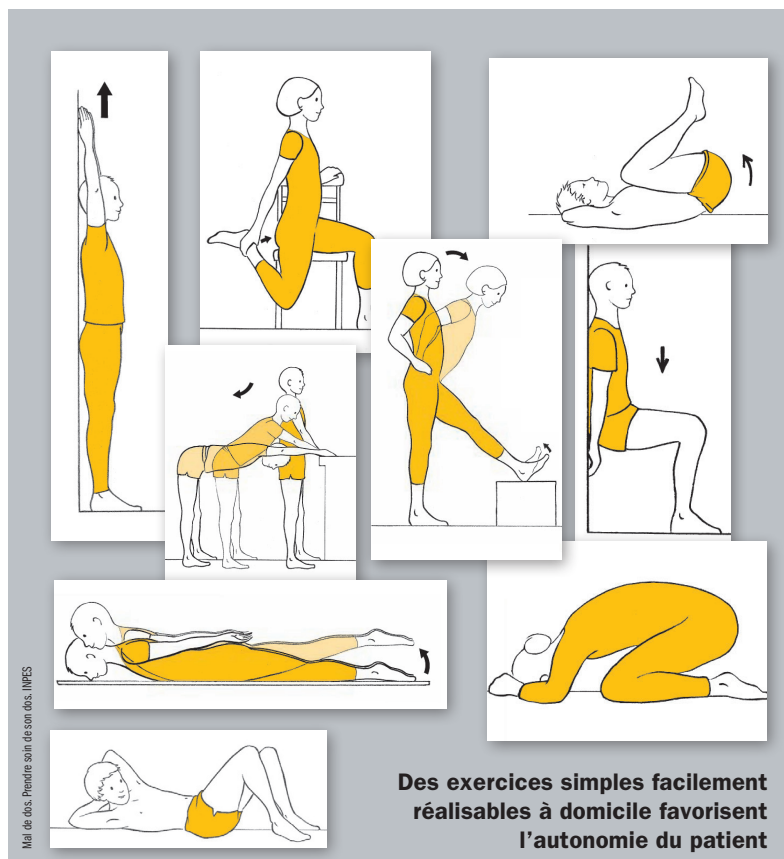
relaxants de type benzodiazépines et les AINS doivent être utilisés en cure de courte durée en raison du risque d'effets secondaires ou d'accoutumance. L'objectif est le soulagement de la douleur pour maintenir les activités. Il ne faut donc pas hésiter à revoir les patients et adapter les traitements et les doses. Les médicaments doivent être pris à intervalles réguliers et à dose fixe plutôt qu'à la demande. Ils doivent être diminués en parallèle à l'amélioration des symptômes.

- À la phase aiguë, la prise en charge non pharmacologique comprendra, essentiellement, l'information, qui doit être rassurante. En cas

Représentation schématique de la prise en charge du patient lombalgique en phase aiguë



Lombalgie commune



de persistance de la douleur, les manipulations, peuvent être envisagées (voir article p. 702).

Contrôler les facteurs de risque

En cas de persistance de la douleur au-delà de deux à trois semaines, il convient d'éliminer les facteurs de risque de récurrence et de passage à la chronicité. L'interrogatoire doit rechercher les facteurs de risques psychosociaux (« *yellow flags* ») et professionnels (« *black flags* ») [voir article p. 707] favorisant le passage à la chronicité. Sur le plan professionnel, il faut être attentif à un faible soutien social et au manque de satisfaction. L'examen clinique permet d'identifier les facteurs physiques responsables de la lombalgie ou favorisant sa récurrence ou encore sa chronicisation. Parmi ceux-ci, il faut rechercher les troubles posturaux (hyperlordose, scoliose, inégalité des membres inférieurs responsable de boiterie), les dysfonctionnements musculaires (perte d'endurance ou de force, hypertonicité ou dysfonctionnement neuromusculaire), le déconditionnement physique.

Enseigner des exercices physiques en cas de lombalgie récidivante ou persistant plus de quatre semaines

Si la kinésithérapie n'est pas indiquée en phase aiguë au premier épisode (l'inefficacité, mais pas la nocivité, de l'exercice physique a pu être démontrée^[11]), la pratique d'exercices physiques est la seule modalité préventive dont l'efficacité a pu être démontrée en cas de lombalgie récidivante ou persistant plus de quatre semaines^[12]. Non seulement elle diminue l'incapacité et la douleur mais elle améliore la condition physique des patients lombalgiques subaigus, récurrents ou chroniques. Le kinésithérapeute doit enseigner aux patients des exercices simples, non instrumentalisés et facilement réalisables à domicile sans encadrement médical. Il s'agira d'exercices de contrôle moteur et/ou de renforcement musculaire pour les muscles déficitaires. Chez le patient lombalgique, il s'agit essentiellement des muscles paravertébraux (plus particulièrement le muscle multifidus extenseur du rachis) et des abdominaux (plus particulièrement le transverse). Les étirements analytiques ou globaux s'adressent principalement aux muscles psoas et aux muscles de la chaîne postérieure.

Favoriser l'autonomie du patient dans la pratique d'exercices physiques et d'une activité physique de loisir

Les principaux obstacles à la réalisation des exercices par les patients lombalgiques chroniques sont le manque de temps, de motivation, la fatigue, le manque de résultats, la douleur et le fait d'avoir d'autres priorités. Les principaux facilitateurs sont la pratique des exercices en groupe, l'aide du thérapeute, la planification, un environnement favorable, le plaisir associé aux exercices physiques, la crainte d'une récurrence de la douleur et, enfin, la douleur elle-même. Il est important d'identifier ces barrières afin de mettre en place avec le patient des stratégies efficaces pour les surmonter^[13]. La planification des séances d'exercices est un moyen d'atteindre cet objectif^[14]. Un autre moyen est de sélectionner des exercices appréciés par le patient et reproductibles lorsque le patient se retrouve seul à son domicile.

Penser aux mesures d'ergonomie

Les interventions sur le lieu de travail associant des mesures physiques et organisationnelles peuvent être efficaces en complément des actions

citées précédemment pour prévenir certaines conséquences de la lombalgie non spécifique, comme la récurrence, l'absentéisme ou la dégradation de la qualité de vie⁽¹⁵⁾.

En conclusion, une information rassurante, une antalgie efficace, la poursuite des activités de la vie quotidienne ainsi que la prévention de la

récurrence et de la chronicisation sont les quatre aspects essentiels de la prise en charge de la lombalgie non spécifique aiguë. •

Yves Henrotin déclare avoir une participation financière dans le capital de l'entreprise Artialis SA et Synolyne Pharma ; avoir des liens durables ou permanents avec l'entreprise Artialis SA et Synolyne Pharma ; participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour l'entreprise Tilman SA, Biolberica, Expanscience, IBSA ; avoir été pris en charge (transport, hôtel, repas), à l'occasion de déplacement pour congrès, par l'entreprise Tilman, les laboratoires Expanscience, Biolberica. Cécile Mathy déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain: predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. Spine Group of the Société française de rhumatologie. Joint Bone Spine 2000;67:456-61.
2. Ekman M, Jonhagen S, Hunsche E, et al. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. Spine (Phila Pa 1976) 2005;30:1777-85.
3. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, et al. Prévention et prise en charge de la lombalgie non spécifique: recommandations européennes. Revue du Rhumatisme 2006;73:S33-S52.
4. Marty M, Henrotin Y. Information for patients with low back pain: from research to clinical

- practice. Joint Bone Spine 2009;76:621-2.
5. Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, et al. Information and low back pain management: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976) 2006;31:E326-34.
6. Henrotin Y, Moysse D, Bazin T, et al. Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain. Eur Spine J 2011;20:720-30.
7. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. How to prevent low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19:541-55.
8. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. Br J Gen Pract 1997;47:647-52.

9. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J 2010;19:2075-94.
10. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15 Suppl 2:S169-91.
11. Henchoz Y. Non-specific low back pain: are exercise and sporting activities recommended? Rev Med Suisse 2011;7:612-6.
12. van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, et al. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the

- cochrane collaboration back review group. Spine (Phila Pa 1976) 2000;25:2784-96.
13. Mathy C, Broonen JP, Henrotin Y, et al. Development and validation of a questionnaire assessing volitional competencies to enhance the performance of physical activities in chronic low back pain patients. BMC Musculoskelet Disord 2011;12:111.
14. Broonen JP, Marty M, Legout V, et al. Is volition the missing link in the management of low back pain? Joint Bone Spine 2011;78:364-7.
15. Demoulin C, Marty M, Genevay S, et al. Effectiveness of preventive back educational interventions for low back pain: a critical review of randomized controlled clinical trials. Eur Spine J 2012; 21:2520-30.

Le discours des soignants contribue à prévenir l'invalidité

Christophe Demoulin¹, Pierre-René Somville¹, Stéphanie Grosdent¹, Nathalie Roussel²

1 Département des sciences de la motricité de l'université de Liège et service de médecine de l'appareil locomoteur du CHU de Liège, Sart-Tilman, Liège, Belgique

2 Université d'Anvers, Anvers, Belgique

Afin de prévenir l'invalidité lombaire chez un patient ayant une lombalgie chronique, une information/éducation, fondée sur le modèle bio-psycho-social, doit constituer une composante importante de sa prise en charge. Le contenu du discours du professionnel de la santé est crucial car il influence fortement les croyances et le comportement des patients⁽¹⁾.

Un discours « biomédical », soulignant les anomalies objectivées à l'imagerie (becs de perroquet, protrusion, hernie, arthrose, etc.) et suggérant qu'elles fragilisent le rachis et sont responsables de leurs douleurs, favorise le développement de fausses croyances (qui influencent considérablement l'incapacité fonctionnelle⁽²⁾) mais également de comportements d'évitement (kinésiophobie) des patients destinés à limiter tout risque d'aggravation⁽³⁾.

Il convient dès lors d'expliquer aux patients souffrant d'une lombalgie chronique, qu'elle soit peu ou fort invalidante, que celle-ci est influencée par une combinaison complexe de facteurs qui peuvent coexister, moduler/amplifier le ressenti de la symptomatologie douloureuse et faciliter l'installation ou le maintien d'un cercle vicieux favorisant la persistance de la douleur⁽⁴⁾, et qu'elle ne résulte donc pas systématiquement des anomalies objectivées à l'imagerie.

Lombalgie commune

Les messages à destination des patients auront ainsi pour objectifs majeurs de :

- rassurer en dédramatisant la situation et en corrigeant ses fausses croyances. Il faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une lombalgie spécifique, qu'il n'y a donc rien de « grave » et que, si des anomalies ont été observées à l'imagerie, elles se retrouvent également très souvent chez les sujets asymptomatiques. Une explication des

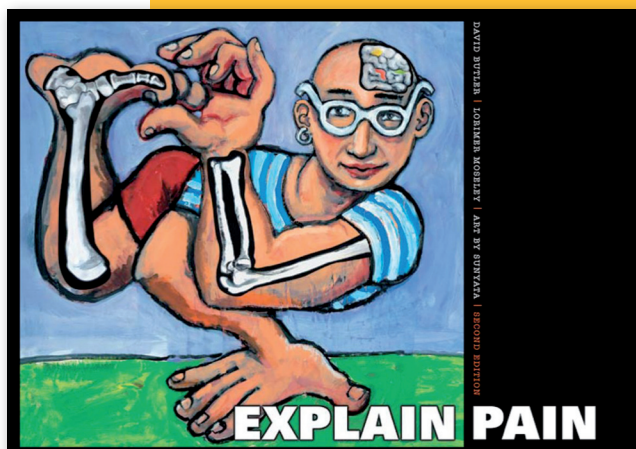
bases de la neurophysiologie de la douleur peut également être utilisée pour faire comprendre que la douleur constitue une décision du cerveau et qu'elle ne doit donc pas être considérée comme étant toujours le reflet de dommages tissulaires. Une explication simplifiée des modifications intervenant au niveau du système de traitement de la douleur (sensibilisation du système nerveux) permet également au patient de comprendre qu'une douleur chronique peut s'expliquer de façon rationnelle et scientifique. Ce type d'éducation rassure le patient, lui permet de comprendre qu'il peut poursuivre sans risque certaines activités douloureuses et facilite ainsi les modifications de son comportement⁽⁵⁾ ;

- conscientiser, si nécessaire, le patient sur la nécessité d'une prise en charge spécifique destinée à améliorer la gestion du stress et/ou à traiter les troubles anxieux ou dépressifs. L'impact de ces facteurs psychosociaux dans le maintien d'un cercle vicieux favorisant la persistance/aggravation de la douleur se doit d'être bien expliqué au patient ;
- souligner l'importance de rester au travail (ou de limiter le plus possible la durée d'une incapacité de travail) ;
- insister sur le maintien ou la reprise des activités physiques (les traitements actifs font partie des seuls traitements dont l'efficacité est avérée). Il convient également de rappeler l'influence négative d'une mauvaise hygiène de vie : déficit de sommeil, port de charges lourdes à bout de bras, obésité, etc. ;
- expliquer au patient qu'il n'est pas responsable de l'origine du problème mais bien de sa prise en charge et de son évolution. Il reste en effet le principal acteur dont l'implication personnelle conditionne le pronostic favorable. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

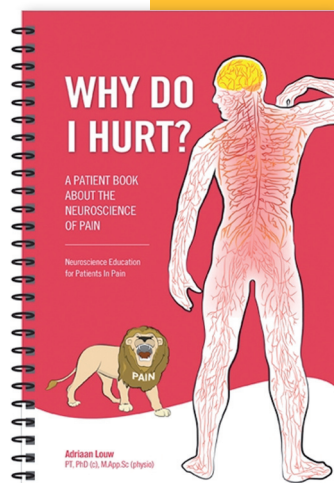
1. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* 2008;135(1-2):187-95.
2. Foster NE, Bishop A, Thomas E, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008;136:177-87.
3. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, et al. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med* 2013;11(6):527-34.
4. O'Sullivan P. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Br J Sports Med* 2012;46(4):224-7.
5. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:2041-56.
6. Nijs J, Meeus M, Cagnie B, et al. A modern neuroscience approach to chronic spinal pain: combining pain neuroscience education with cognition-targeted motor control training. *Phys Ther* 2014;94(5):730-8.

L'information/éducation du patient peut prendre différentes formes



Si l'information/éducation peut être prodiguée par le thérapeute, elle peut également être dispensée via des brochures (par exemple le *Back Book*, de Waddell,

Why do I hurt, de Louw) ou des livres (*Explain pain*, de Butler et Moseley) qui ont montré leur efficacité pour réduire les peurs, corriger les fausses croyances et améliorer les connaissances. Quelle que soit la forme utilisée pour informer le patient, celui-ci devra idéalement avoir un rôle actif dans le processus : une discussion complémentaire patient-thérapeute est donc à privilégier. Des séances de prise en charge spécifiques (« cognitivo-comportementales » ou d'« éducation à la neurophysiologie de la douleur ») permettront si nécessaire d'approfondir l'information et l'éducation du patient⁽⁶⁾.



Quels traitements médicamenteux, pour quelle physiopathologie ?

Pr Serge Perrot (serge.perrot@htd.aphp.fr), service de médecine interne et consultation de la douleur, université Paris-Descartes, Inserm U 987, Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris

La lombalgie est dans 90 % des cas une lombalgie non spécifique, dite « lombalgie commune », sans rapport avec une cause précise inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse⁽¹⁾. Il y a vingt ans, la compréhension des lombalgies communes restait fondée sur des concepts anatomo-cliniques où la dégénérescence discale occupait une importance majeure^(2, 3). On savait pourtant déjà que les sujets ne souffrant pas du dos présentent très fréquemment des signes radiologiques de discopathie et qu'il n'y a aucun parallélisme entre la douleur et l'imagerie. Depuis, les conceptions ont beaucoup évolué, grâce à des travaux ayant permis de comprendre que les lombalgies communes sont en réalité souvent des douleurs « mixtes », comportant non seulement une composante nociceptive, liée à des anomalies anatomiques des structures lombaires, mais également une composante neuropathique, impliquant des anomalies de la modulation de la douleur au niveau du système nerveux périphérique et central⁽⁴⁾.

Le traitement de la lombalgie commune sera donc un traitement adapté aux mécanismes supposés, mais surtout à la clinique et aux dimensions de la douleur du patient lombalgique chronique. Nous discuterons dans cet article l'intérêt des médicaments antalgiques, en laissant de côté les approches non médicamenteuses, très importantes dans ce contexte mais traitées par ailleurs.

Qu'attendre des médicaments dans la douleur lombaire ?

Globalement dans la douleur lombaire, on cherche bien sûr à réduire l'intensité de la douleur mais aussi son impact, notamment fonctionnel, et le cas échéant les conséquences professionnelles. Il faut savoir que la lombalgie commune guérit très souvent spontanément, quel que soit le traitement, en moins de quatre semaines. Dans ce contexte, on peut proposer des médicaments pour réduire l'intensité de la douleur initiale, pour raccourcir la durée d'évolution, ou permettre un retour plus rapide à l'activité. Les objectifs sont donc à adapter à chaque patient, à individualiser. Les traitements non médicamenteux sont également très utiles, souvent plus efficaces et mieux tolérés que les médicaments. Il faut souvent utiliser une combinaison de traitements médicamenteux et non médicamenteux, et agir sans tarder, sur des facteurs de risque identifiés, pour éviter le passage à la chronicité.

Des recommandations pour la prise en charge ?

Il existe un grand nombre de recommandations pour la prise en charge des lombalgies. En 2014, on recense 39 recommandations internationales, avec des approches multidisciplinaires très différentes, selon qu'il s'agit de recommandations faites par des médecins rééducateurs, rhumatologues, neurologues ou médecins de la douleur. Les rhumatologues et rééducateurs insistent beaucoup sur l'atteinte fonctionnelle, la mobilité rachidienne, le disque intervertébral, alors que les neurologues et médecins de la douleur ont introduit la notion de douleur neuropathique, qui peut justifier des traitements spécifiques de ce type de douleurs.

Dans la lombalgie commune, il est également important de différencier la douleur de fond, qui justifie probablement de traitements à action prolongée, et les douleurs par poussées, notamment lors de l'activité physique et de la rééducation, qui doivent être prévenues, et doivent être traitées par des antalgiques à action immédiate.

Traitement antalgique standard : quelle place ?

Les recommandations sont unanimes : il faut traiter vite, efficacement, adapter et réévaluer,

Lombalgie commune

L'objectif de la prise en charge étant de soulager pour permettre de maintenir une activité.

Les antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont parmi les traitements les plus prescrits dans les lombalgies communes, essentiellement dans les atteintes aiguës. Plusieurs méta-analyses ont montré que le paracétamol a une efficacité modeste, mais supérieure au placebo, et les AINS semblent supérieurs au paracétamol⁽⁶⁾. Récemment, un article paru dans *The Lancet*⁽⁶⁾ aurait suggéré l'absence d'efficacité du paracétamol dans la lombalgie, car ne permettant pas de raccourcir la durée de la douleur en cas de lombalgie aiguë. En fait, de nombreux biais existent dans cet article, et l'on ne peut exclure le paracétamol de la panoplie antalgique de la lombalgie, même s'il est modérément efficace. Il est probablement utile pour réduire l'intensité douloureuse, mais ne permet pas d'espérer une guérison totale lorsqu'il est utilisé seul. Les AINS, quant à eux, semblent plus efficaces, mais les différentes alertes liées à leurs risques digestifs, cardiovasculaires et rénaux ont limité leur utilisation. On les réservera à un emploi en cure courte, souvent en cas de poussée aiguë, et en association avec d'autres antalgiques si besoin.

Les opioïdes : un intérêt ?

- Les opioïdes faibles tels que la codéine et le tramadol sont intéressants dans la lombalgie commune⁽⁷⁾, mais sont souvent à l'origine d'effets indésirables, notamment de somnolence et de troubles digestifs. Leur intérêt antalgique au long cours réside dans leur bonne tolérance gastrique, cardiovasculaire et rénale, comparativement aux AINS. Leur action antalgique reste modeste.

- Les opioïdes forts sont peu efficaces dans la lombalgie commune. Ils ont une action antalgique faible et encore moins sur la fonction et, pour de nombreux auteurs, doivent être évités au long cours ou en tout cas réservés à des spécialistes⁽⁸⁾. Les recommandations anglaises du NICE indiquent ainsi qu'il faudrait utiliser les opioïdes forts dans la lombalgie uniquement en cure courte, et après un avis spécialisé d'un médecin de la douleur. Un nouvel antalgique opioïde et adrénergique, le tapentadol, avec un risque de mésusage très faible, semble avoir un intérêt dans la lombalgie, et notamment en cas de participation neuropathique⁽⁹⁾. Il pourrait être utilisé au long cours.

Les modulateurs de la douleur : antidépresseurs et antiépileptiques ?

Dans les douleurs chroniques, et même en l'absence de dépression, les antidépresseurs sont utilisés, pour une action modulatrice de la douleur. Dans la lombalgie chronique, les antidépresseurs semblent peu efficaces, et les méta-analyses n'ont pas montré d'effet, même en présence de neuropathie⁽⁵⁾.

Les antiépileptiques montrent également un effet modeste sur la lombalgie et sur la sciatique⁽¹⁰⁾. Lorsqu'il existe une participation neuropathique, la prégabaline pourrait être intéressante, montrant alors une efficacité supérieure aux AINS⁽¹¹⁾.

Dans l'avenir : des thérapies ciblées, les anti-NGF ?

De nouvelles approches dans la douleur émergent, notamment dans la lombalgie. Les biothérapies ou thérapies ciblées vont faire leur apparition dans la douleur. La classe des anti-NGF (*Nerve Growth Factor*) semble prometteuse, autant dans la lombalgie que dans la radiculalgie⁽¹²⁾, avec des effets supérieurs à ceux des AINS les plus

Start Back questionnaire

Nom du patient

Date

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces deux dernières semaines :

| | Pas d'accord | D'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. À un moment donné au cours des deux dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. À un moment donné au cours des deux dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule et au cou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des deux dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai souvent été préoccupée par mon mal de dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des deux dernières semaines ? | | |

Pas du tout

0

Un peu

0

Modérément

0

Beaucoup

1

Extrêmement

1

Score total (les 9 items).....

Sous-score (items 5-9).....

Pas d'accord

0

D'accord

1

Adapté de Bruyere, et al. Archives of Public Health 2012;70:12 doi:10.1186/0778-7367-70-12

puissants, autant sur la douleur que sur la fonction et l'évaluation globale du patient. Il s'agira de traitements injectables, probablement réservés à des situations et à des patients sélectionnés.

Comment savoir quel traitement proposer ?

Les traitements médicamenteux de la douleur lombaire sont d'efficacité modeste, comme nous venons de le voir du fait de l'existence de plusieurs « lombalgies ». Il est probable que l'individualisation des traitements soit une approche d'avenir : il ne paraît pas logique de proposer les mêmes traitements à tous les patients, quel que soit leur âge, leur handicap, ou la sévérité de la douleur. Des scores de gravité sont donc proposés, comme le *Start Back Questionnaire*⁽¹³⁾. Ils permettent ainsi de proposer une gradation de traitement, selon les besoins. Dans cet ordre d'idée, repérer un caractère neuropathique par un questionnaire adapté paraît utile ici, puisque cela pourrait justifier de prescrire un antiépileptique plutôt qu'un AINS ou un autre antalgique.

Au sein d'une prise en charge globale

La place des médicaments de la douleur dans la lombalgie est modeste et s'intègre dans une prise en charge globale. Il faut surtout les proposer initialement, en fonction de l'intensité des douleurs et ne pas viser la douleur zéro au risque

de décevoir le patient : il faut plutôt viser à améliorer son état global, sa satisfaction, sa fonction, en limitant l'impact de la lombalgie dans sa vie quotidienne. Les approches médicamenteuses seront toujours proposées en association aux approches non médicamenteuses, en évitant tout ce qui peut favoriser le passage à la chronicité : désinsertion, litige, handicap... •

Liens d'intérêts : laboratoires Mundipharma, Grünenthal, BMS, Pfizer, Lilly.

1. Rozenberg S. Lombalgies chroniques, définition et prise en charge. *Rev Prat* 2008;58:265-71.
2. Valat JP. Évolution des concepts concernant les lombalgies communes. *Rev Prat* 2008;58:261-4.
3. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, et al. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012;379:482-91.
4. Attal N, Perrot S, Fermanian J, et al. The neuropathic components of chronic low back pain: a prospective multicenter study using the DN4 questionnaire. *J Pain* 2011;12:1080-7.
5. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2011;20:40-50.
6. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014, July 23.
7. Perrot S, Krause D, Crozes P, et al. GRTF-ZAL-1 Study Group. Efficacy and tolerability of paracetamol/tramadol (325 mg/37.5 mg) combination treatment compared with tramadol (50 mg) monotherapy in patients with subacute low back pain: a multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, 10-day treatment study. *Clin Ther* 2006;28(10):1592-606.
8. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, et al. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD004959. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD004959.
9. Steigerwald I, Müller M, Davies A, et al. Effectiveness and safety of tapentadol prolonged release for severe, chronic low back pain with or without a neuropathic pain component: results of an open-label, phase 3b study. *Curr Med Res Opin* 2012;28:911-36.
10. Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147(7):505-14.
11. Romano CL, Romano D, Lacerenza M. Antineuropathic and antinociceptive drugs combination in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain Res Treat* 2012; 2012:154781.
12. Kivitz AJ, Gimbel JS, Bramson C, et al. Efficacy and safety of tanezumab versus naproxen in the treatment of chronic low back pain. *Pain* 2013;154(7):1009-21.
13. Hill JC, Vohora K, Dunn KM, et al. Comparing the StarT back screening tool's subgroup allocation of individual patients with that of independent clinical experts. *Clin J Pain* 2010 Nov-Dec;26(9):783-7.

La rééducation du patient lombalgique chronique : globale et individualisée

Amaia Jimenez Avila, Patrick Louvrier, kinésithérapeutes, service de rhumatologie du Pr Bruno Fautrel (rééducation.rhumatologie@psl.aphp.fr), La Pitié-Salpêtrière, Paris

La prise en charge du patient lombalgique chronique doit impérativement associer les traitements médicamenteux et la rééducation. Le patient vient chercher chez le kinésithérapeute une solution rapide et définitive à ses douleurs. À cette demande, le kinésithérapeute va ajouter des objectifs plus pragmatiques : articulaires, musculaires, ergonomiques et fonctionnels.

Traditionnellement, le patient associe la kinésithérapie au massage, attribuant à celui-ci toutes les vertus. La Haute Autorité de santé (HAS) maintient les massages dans les recommandations par accord professionnel. Outre ses effets relaxants, décontractants et psycholo-

giquement positifs, c'est un temps de dialogue propice à faire passer des messages informatifs (voir article p. 695) et à relayer des messages éducatifs (voir article p. 710). Par exemple, gérer la douleur, c'est aussi accepter que celle-ci soit fluctuante et pas obligatoirement corrélée au mouvement.

Lombalgie commune

Gestion de la douleur

La physiothérapie antalgique (courants électriques, ultrasons, laser) manque de preuves scientifiques à ce jour. L'électrostimulation transcutanée (ou TENS) a une efficacité modé-

rée (grade C) ; elle peut être évaluée par le kinésithérapeute et prescrite par le médecin pour une sédation de la douleur. La thermothérapie, par ses effets directs sur les muscles, permet un confort relatif.

La gestion de la douleur peut s'obtenir aussi par des méthodes de contrôle du corps et des émotions, au moyen de techniques telles que la relaxation, la sophrologie, l'autohypnose. Des thérapies plus traditionnelles, voire « exotiques », peuvent aider le patient si celui adhère au concept : shiatsu, *Bindegewebe Massage*, réflexothérapie.

1. Comment prescrire la kinésithérapie

Par définition, la prescription doit comporter : la nature de l'acte, la région anatomique et la pathologie qui peut faire l'objet d'un document séparé. S'il le souhaite, le médecin peut détailler sa prescription, celle-ci s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. Le praticien a le choix des techniques qu'il utilisera conformément à son décret de compétences.

Lorsque le nombre de séances n'est pas précisé ou si celui-ci est supérieur à 10, le kinésithérapeute établit un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) et une fiche de synthèse. Le BDK détermine la nature des actes, leur nombre, le rythme des séances, les objectifs et le protocole thérapeutique. La fiche de synthèse est un résumé du bilan, transmise au médecin s'il y a modification du traitement initial, prolongation ou fin de traitement. Depuis 2011, la prise en charge de la lombalgie commune est soumise à un référentiel élaboré et validé par la Haute Autorité de santé. Un accord préalable doit être demandé par le kinésithérapeute si la prescription excède 15 séances ou si 30 séances ont déjà été prises en charge dans les 12 mois qui précèdent.

En pratique, la prescription peut donc se formuler de différentes façons :

- de manière simple non détaillée : M. X, rééducation du dos pour lombalgie chronique ;
- ou bien plus précise : M. Y, 12 séances de rééducation du rachis lombaire, 3 séances par semaine. Rééducation en délordose avec étirement des muscles ischio-jambiers, renforcement des muscles du tronc et travail proprioceptif. Hernie discale L5 S1, arthrose postérieure.

2. Renforcement musculaire : le tronc et les membres

Il existe une croyance dans le rôle des muscles abdominaux auprès des sportifs et des patients en général qu'il convient de modérer. En effet, les études réalisées au moyen des machines isocinétiques nous ont permis de mieux comprendre la physiologie des muscles du tronc et particulièrement l'importance des ratios de force spinaux/abdominaux (S/A). La valeur normale de ce rapport S/A est de 1,3, une valeur égale à 1 multiplie le risque de lombalgie par 3. On insistera donc particulièrement sur le travail des muscles spinaux. Les exercices peuvent être effectués sur table, tapis ou au moyen de machines de musculation type salle de sport. Des machines très sophistiquées permettent une évaluation fine des groupes musculaires (isocinétisme) ou un travail d'automatisation de la posture (plateforme mécanisée mobile avec un feedback sur écran).

Une bonne force de la chaîne d'extension – grands fessiers, quadriceps et triceps – est essentielle au port de charge et au bon placement du tronc lors des efforts de la vie active ; il conviendra donc de remédier à une faiblesse éventuelle.

De même, une raideur d'épaule qui entraîne une sursollicitation du rachis en extension pour compenser doit être prise en compte.

Reconditionnement physique

Il est clairement démontré que le repos prolongé est déconseillé car il entraîne une kinésiophobie, un déconditionnement physique, et ne résout pas pour autant le problème de la douleur. *A contrario*, le maintien des activités quotidiennes, les exercices progressifs d'assouplissement et de renforcement musculaire sont les meilleurs garants d'une bonne récupération en minimisant le risque de récurrence.

La réactivation physique peut générer au départ une recrudescence de la douleur ; une bonne gestion du traitement antalgique médicamenteux est indispensable (voir article p. 697).

De nombreuses méthodes de rééducation existent. On peut les regrouper schématiquement en trois familles : verrouillage lombaire, cyphose et lordose. On a longtemps opposé ces méthodes avec des indications rationnelles mais des résultats variables. La rééducation en cyphose s'adresse plus à des patients avec un canal lombaire étroit ou une arthrose postérieure, le verrouillage à un patient hyperalgique et le travail en lordose remis au goût du jour par McKenzie peut être utilisé en phase aiguë.

Le kinésithérapeute doit savoir choisir les exercices adaptés au patient, car la prescription n'est pas toujours très détaillée (encadré 1) mais, surtout, il ne doit pas hésiter à passer d'une méthode à une autre au cours du traitement. Quelle que soit la technique choisie, elle comportera toujours des séquences de mobilisation, un travail de renforcement musculaire ciblé, des exercices de proprioception et des mouvements d'assouplissement.

- La mobilisation articulaire permet au patient de retrouver des secteurs de mobilité rachidienne verrouillés par les tensions musculaires ou la

crainte de la douleur. Elle peut s'effectuer sur table, au gymnase ou en bassin de rééducation. La balnéothérapie, par la chaleur de l'eau et sa portance, est un outil de choix en début de traitement. Elle ne doit pas être poursuivie une fois la souplesse et la confiance retrouvées car elle entraîne fréquemment une « addiction » et doit laisser place à un travail en pesant.

- La prise de conscience des courbures rachidiennes et du corps est perturbée chez le lombalgique chronique. Les exercices de proprioception ont pour but d'aider le patient à contrôler la posture et à pouvoir diminuer les contraintes par ajustement lombo-pelvien (gestion des positions prolongées, port de charges).

- Le renforcement musculaire est un des maillons clés de la réussite. Il doit considérer le patient dans sa globalité et concerner particulièrement les muscles spinaux, mais aussi s'intéresser aux membres inférieurs et supérieurs (encadré 2).

- Les étirements concernent les muscles du tronc, chaîne postérieure essentiellement, mais aussi les muscles pelviens et des membres inférieurs, et, le cas échéant, les muscles de la ceinture scapulaire. Les rétractions des muscles d'un segment impliquent une hypersollicitation des autres segments pour compenser (la raideur des ischio-jambiers va entraîner une limitation de la mobilité du bassin et de plus grandes contraintes sur le rachis lombaire). Doux et progressifs, les étirements ont un effet antalgique ; répétés régulièrement, ils ont pour vocation de corriger des déséquilibres posturaux et de libérer la mobilité du tronc.

Des techniques de gymnastique telles que le pilates, le tai-chi et le yoga peuvent être conseillées au patient pour entretenir et améliorer les résultats de la rééducation car ils associent un travail de contrôle postural, de force et de souplesse.

Encourager un nouveau mode de vie

Pour une récupération complète des capacités antérieures il convient de considérer l'aptitude à maintenir les efforts de longue durée. Les travaux de T. Mayer ont démontré les effets du déconditionnement à l'effort du lombalgique chronique. La reprise d'un travail de type cardiotraining peut s'initier sur tapis de marche, vélo de rééducation, vélo elliptique ou

encore natation. Un travail réunissant plusieurs patients est souhaitable, apportant un côté ludique et un effet groupe. Cette « remise en forme » doit se prolonger au-delà des séances de rééducation et constituer un nouveau mode

Vers une démedicalisation progressive de la prise en charge

de vie, le soignant doit guider le lombalgique et se montrer persuasif quant à l'importance de continuer une activité physique. Il est impératif que le patient adhère au concept d'une démedicalisation progressive de la prise en charge.

La rééducation du lombalgique chronique, un travail qui s'inscrit dans la durée

Le patient doit reprendre confiance, se « reconstruire physiquement », apprendre à gérer la douleur. Pour le lombalgique chronique, il est difficile d'accepter de bouger alors que la douleur est toujours présente. La coopération médecin-kinésithérapeute, la concordance du discours et des objectifs vont permettre au patient de comprendre que bouger, c'est vivre. Le kinésithérapeute va l'accompagner, le guider, le rassurer si nécessaire dans cette démarche. L'implication, la motivation du patient sont impératives. Ce reconditionnement physique et psychologique permettra au patient de reprendre et entretenir ses activités professionnelles et de loisirs. Il faut veiller à ne pas laisser s'installer une dépendance aux soins. Pour la majorité des patients, une rééducation bien conduite est suffisante. En cas d'insuffisance d'amélioration, il faut orienter les patients vers une prise en charge pluridisciplinaire type restauration fonctionnelle du rachis (voir article p. 713). Grâce à ces programmes pluridisciplinaires à forte composante rééducative, le travail en groupe (de 5 à 15 personnes selon les centres) et l'intervention successive de médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététiciennes permettent d'aborder tous les aspects de la prise en charge sur une période de plusieurs semaines avec de très bons résultats pour les lombalgiques en échec thérapeutique. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

étape 2 Quelle place pour les manipulations vertébrales ?

Dr Jean-Yves Maigne (jy.maigne@htd.aphp.fr), service de médecine physique, Hôtel-Dieu de Paris

Les manipulations vertébrales sont largement utilisées dans le traitement antalgique de la lombalgie commune, qu'elle soit aiguë ou chronique, en parallèle de l'information, de la réassurance et de la rééducation. Cependant, beaucoup de médecins sont mal informés à leur propos, n'ayant qu'une idée imprécise de leurs indications et de leurs contre-indications. Dans cette courte présentation, nous insisterons d'abord sur leur mode d'action, ce qui permet de comprendre sur quel type de pathologie elles peuvent avoir un effet positif. Nous verrons ensuite sur quel type de lombalgie elles peuvent être recommandées.

Une manipulation est une manœuvre brève et sèche qui porte une articulation au-delà de son jeu habituel, en s'accompagnant d'un bruit de craquement. En rapport avec un phénomène de cavitation, ce craquement est surtout obtenu au rachis en raison des caractéristiques anatomiques des articulations zygapophysiales, et les manipulations sont donc avant tout des manipulations vertébrales. Elles peuvent s'appliquer à toutes les portions de la colonne et sont pratiquées dans le cadre des douleurs d'origine vertébrale, du moins dans le cadre d'une utilisation rationnelle ; la lombalgie reste cependant leur indication principale. En France, elles sont pratiquées par trois professions : les médecins de médecine manuelle, les ostéopathes et les chiropraticiens.

Mode d'action : deux cibles

Connaître les indications d'un traitement par manipulation, c'est d'abord comprendre le mode d'action de ces manœuvres. Cette action s'exerce sur deux cibles : le segment mobile rachidien et le système nerveux central.

- Sur le segment mobile, on observe une dépression du disque et un étirement des muscles paravertébraux lié à l'effet de traction propre à la manœuvre. Cet effet est d'abord lent, du fait de la mise en tension du rachis préparant la manipulation. Il se majore brusquement lorsque la force cohésive qui maintenait collées les deux facettes de chaque articulation zygapophysiale est supplantée par la force d'écartement générée par la manipulation. Les facettes articulaires s'écartent l'une de l'autre, dans un mouvement très sec, se répercutant sur les muscles. Cet étirement conduit probablement à une détente musculaire et à un gain de mobilité globale.

- Sur le système nerveux central, il a été démontré que les manipulations stimulaient la substance grise péri-aqueducule, avec pour conséquence un effet antalgique non spécifique.

Des deux effets, le plus important est probablement la détente musculaire, la contracture des muscles paravertébraux, ou leur simple augmentation de tension, étant supposée douloureuse. Cependant, ces effets sont de durée brève, quelques minutes au plus. Un soulagement durable ne peut s'envisager, selon l'hypothèse la plus plausible, qu'à travers la rupture d'un cercle vicieux douleur, contracture, douleur. Pour que la douleur ne récidive pas rapidement, il faut que la lésion du segment mobile qui a provoqué la contracture douloureuse soit minime ou en voie de guérison. Dans ce cas, la contracture, qui ne persiste que de façon réflexe, n'aura pas tendance à réapparaître après avoir été diminuée ou supprimée par la manipulation. Au contraire, si la lésion est plus agressive, le soulagement ne sera que temporaire, voire absent.

Indications, contre-indications ou plutôt orientation par des indicateurs

L'impact du tableau clinique ou de l'imagerie sur les résultats des manipulations n'est pas déterminé. La raison en est qu'il est difficile de classer les lombalgies en sous-groupes de façon fiable. On ne peut donc s'en tenir qu'à l'expérience clinique.

- Du point de vue des symptômes, la littérature et l'expérience quotidienne montrent que les lombalgies aiguës (moins de six semaines) et subaiguës (de six à douze semaines) sont une meilleure indication que les lombalgies chroniques. Les résultats

semblent même d'autant meilleurs que la manipulation est pratiquée tôt par rapport au début des douleurs. De même, les patients avec lombalgie sans irradiation sciatique ou avec irradiation sciatique ne dépassant pas le genou sont mieux soulagés que ceux présentant une douleur irradiant dans l'ensemble du membre inférieur. Si l'on s'en tient aux seuls essais cliniques de la littérature, on ne peut être plus précis.

- Du point de vue du contexte clinique, on ne peut donner que des orientations générales. Un rythme discrètement inflammatoire de la douleur (douleurs en fin de nuit, pic de douleur au réveil, raideur matinale) est une contre-indication, ou au moins une non-indication. Il en est de même d'une grande raideur rachidienne comme en réalise de façon chronique l'ossification des ligaments vertébraux (maladie de Forestier) ou de façon aiguë un blocage complet (se méfier en particulier d'un tassement vertébral). Il faut en effet au moins trois directions libres sur les six (flexion, extension, inflexions latérales et rotations droite et gauche) pour pouvoir manipuler un rachis.

Les douleurs déclenchées par mouvement, un effort inhabituel sont de bonnes indications. Au contraire, des douleurs lombaires dans un contexte de douleurs diffuses comme en réalise la fibromyalgie réagissent mal aux manipulations.

L'âge est aussi un indicateur. Au-delà de 70 ans, il faut être prudent, en raison de la fragilité osseuse.

- L'imagerie peut aussi donner des orientations, mais il faut garder en tête que les liens avec la clinique sont très lâches. Une hernie discale doit inciter à la prudence, surtout si elle est d'apparition récente. Il en est de même d'un spondylolisthésis par lyse isthmique ou dégénératif, d'une scoliose, d'une ostéoporose avec des tassements ou d'une discopathie inflammatoire (signe de Modic à l'imagerie par résonance magnétique, voir article p. 718).

- Reste un dernier critère, que seul peut apprécier celui qui va dispenser la manipulation : le caractère douloureux ou non de la mise en tension lors de la phase prémanipulative. La présence d'une douleur contre-indique la manœuvre, car il faut toujours manipuler dans le sens de la non-douleur. On peut en rapprocher la notion d'un échec d'une première séance, qui peut amener à reconsidérer le diagnostic et à proposer autre chose. C'est là le grand avantage du médecin sur les manipulateurs non médecins : outre sa capacité à poser un diagnostic, il garde la maîtrise du traitement sous toutes ses formes.

Mise en œuvre d'un traitement manuel

L'imagerie ne doit pas être systématique avant manipulation. Les recommandations habituelles s'appliquent ici. Il ne faut faire de l'imagerie qu'en cas de doute, en présence de signes d'alerte. La mise en œuvre d'un traitement par manipulations ne requiert pas d'imagerie spécifique.

La manipulation ne résume pas un traitement dit manuel. En effet, il est souvent utile de la faire précéder de mobilisations du rachis, c'est-à-dire de manœuvres d'étirement et d'assouplissement de la colonne. Dans certains cas, un travail spécifique sur les muscles ou les tissus mous est nécessaire, que nous ne pouvons détailler ici. Une séance comporte de une à trois ou quatre manipulations que l'on choisit en fonction des données cliniques et des résultats de la manœuvre précédente. L'absence de toute amélioration après deux séances doit, à notre avis, faire renoncer à cette modalité thérapeutique. Les séances doivent être répétées à une ou deux semaines d'intervalle, en fonction des cas. Deux ou trois séances sont nécessaires et suffisantes pour la majorité des problèmes traités.

À l'inverse, le traitement manuel, même quand il est indiqué, ne résume pas la prise en charge des patients lombalgiques ; il est fréquent de devoir lui associer soit des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), soit des antalgiques, ou bien de devoir l'inclure dans un programme thérapeutique plus élaboré (par exemple AINS, puis manipulation, puis rééducation kinésithérapique).

L'expérience reste fondamentale

Ce simple survol des indications des manipulations permet d'appréhender la complexité d'un sujet où l'expérience est fondamentale, mais qui doit rester rationnel et logique. Au total, on peut schématiser l'indication idéale : un patient d'âge moyen, souffrant d'une lombalgie récente ou semi-récente, d'intensité moyenne et d'allure mécanique, sans irradiation aux membres inférieurs et sans anomalie significative à l'imagerie.

Nous ne pouvons que conseiller aux médecins intéressés de se former à la médecine manuelle-ostéopathie dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.



La manipulation ne résume pas le traitement dit « manuel »

étape 2 Activité physique et lombalgie chronique : quelle attitude médicale ?

Dr Stéphane Genevay (stephane.genevay@hcuge.ch), responsable de la consultation multidisciplinaire du dos, service de rhumatologie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

La question de savoir quelle activité physique, récréationnelle ou professionnelle, est possible, voire favorable est une question récurrente dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Cela peut concerner une pratique sportive plaisante, parfois nécessaire à l'équilibre physique et psychique d'un patient, la gestion temporaire d'une activité professionnelle lors d'une exacerbation douloureuse (réduction, adaptation du poste de travail, etc.) ou l'adaptation d'une activité lorsque l'invalidité est chroniquement trop importante. L'importante littérature sur le sujet est de qualité variable, mais surtout il y manque des recommandations utilisables au quotidien lorsqu'il s'agit d'encourager une reprise sportive, d'adapter un poste professionnel ou de discerner la nécessité, l'intérêt, voire l'effet nocebo d'un arrêt de travail.

Depuis plus de vingt-cinq ans, l'adoption du modèle bio-psycho-social a permis de démontrer que le risque de chronicité individuel est un composite d'éléments appartenant à ces trois dimensions. On oublie cependant l'influence des croyances du thérapeute (médecin ou non-médecin)^[1]. Les représentations des thérapeutes concernant la physiopathologie du syndrome lombo-vertébral^(1,2), modèle biomécanique (douleur essentiellement liée à une blessure ou une usure d'une structure anatomique) ou modèle de dysfonction (« *non-injury model* », la douleur résulte d'un « mauvais fonctionnement du système neuromusculaire »), ont également un impact⁽³⁾, tout comme ses croyances concernant le risque lié à l'activité physique (notion de peur-évitement)^(4,5).

Données scientifiques vs croyances erronées

Afin de déterminer l'attitude la plus thérapeutique face à un patient voulant reprendre un sport ou *a contrario* n'arrivant plus à accomplir ses tâches professionnelles, il est donc essentiel de rappeler quelques données scientifiques à disposition :

- seules 30 % des personnes souffrant d'un épisode aigu ont une évolution complètement favorable à un an, c'est-à-dire un retour à l'emploi précédent sans aucune douleur ni problème fonctionnel⁽⁶⁾ ;
- le taux de récurrences dans la première année suivant un épisode de syndrome lombo-vertébral

aigu varie selon les populations et les définitions de 24 à 80 %⁽⁷⁾ ;

- il n'existe aucune image IRM associée à un épisode de lumbago aigu. Dans une cohorte de personnes n'ayant jamais eu aucun symptôme lombaire de leur vie, chez qui l'on effectue une IRM lombaire à l'inclusion et que l'on suit prospectivement, aucune image additionnelle n'est visible sur une deuxième IRM effectuée à l'occasion d'un premier épisode de lumbago aigu, même lorsque celui-ci est particulièrement intense⁽⁸⁾ ;

- aucun événement traumatique « mineur » n'a pu être identifié comme déclenchant un premier épisode⁽⁹⁾. Ce qui est qualifié de « faux mouvement » n'est qu'un mouvement parfaitement ordinaire et répété des millions de fois ;

- au niveau individuel, il n'existe aucun lien entre les images classiquement décrites par l'IRM discopathies, hernie discale, déchirure discale, arthrose facettaire et modifications des plateaux vertébraux (Modic) et l'évolution clinique⁽¹⁰⁾. La situation du Modic 1 (tissu fibrovasculaire se développant dans un plateau vertébral, visible à l'IRM en tant qu'image ayant les caractéristiques d'un œdème) pourrait faire exception, mais les données actuellement disponibles sont parcellaires et contradictoires^(11,12) ;

- donner une information rassurante, dépourvue de mots compliqués et de références à des éléments anatomiques (usure discale, arthrose, etc.) est un élément très important de la prise en charge⁽¹³⁾ ;

– le repos au lit forcé est la pire des prescriptions en cas d'épisode aigu⁽¹⁴⁾ ;

– le conseil de « rester actif » est le traitement le plus efficace à disposition du thérapeute⁽¹⁴⁾. Son emploi n'est toutefois pas si simple, car l'activité doit forcément être adaptée à l'intensité de l'épisode. Or lorsque l'injonction est modulée par « *en fonction des douleurs* », le patient kinésio-phobe va volontiers considérer qu'il ne doit/peut pratiquement rien faire ;

– l'intensité de l'activité physique au cours d'une vie n'entraîne aucun dégât sur le rachis⁽¹⁵⁾. Il n'y a donc aucun sens à prescrire une interdiction de se pencher en avant (pour ramasser un objet par exemple) : les conseils d'hygiène posturale employés comme des recettes de cuisine valables pour tous sans discernement n'ont d'ailleurs jamais démontré leur efficacité⁽¹⁶⁾. Cela est souligné par certaines méthodes de kinésithérapie adaptant la direction du mouvement à la préférence du patient⁽¹⁷⁾ ;

– ramasser un objet en pliant les genoux et en gardant son dos bien droit limite certes les contraintes lombaires mais a bien des désavantages (en termes physiques, physiologiques et psychologiques)⁽¹⁸⁾. Cette précaution n'est donc réellement utile que si cela permet au patient de garder plus d'activité malgré ses douleurs.

Conditions de travail : pas de considérations « simplistes »

Plus spécifiquement en lien avec le travail, il est important de rappeler les éléments suivants :

– l'effort physique, même intense et répété au fil d'une vie professionnelle, n'a qu'une très faible influence (moins de 5 % aux niveaux L4-S1) sur la dégénérescence discale. Les principaux déterminants des discopathies sont l'âge, la génétique et des facteurs qui restent indéterminés⁽¹⁵⁾ ;

– la notion de stress professionnel, « *job strain* », telle que définie par exemple à partir du questionnaire de Karasek et qui met en balance la latitude décisionnelle (élément favorable) avec les requis physiques et psychiques (éléments défavorables) d'un poste, est fortement liée aux conséquences d'une douleur lombaire et prend largement le dessus sur tout autre considération plus « simpliste » comme la catégorie professionnelle ou le type de tâche (par exemple : port de charge)⁽¹⁹⁾. D'ailleurs, les politiques d'éradication du port de charge sur le lieu de travail n'ont pas



Le repos forcé au lit est contre-indiqué à la phase aiguë de la lombalgie, et le conseil de rester actif est le traitement le plus efficace aux stades subaigu et chronique.

réussi à démontrer leur efficacité à prévenir le mal de dos⁽²⁰⁾ ;

– la plupart des conditions de travail que l'on a intuitivement considérées comme pourvoyeuses de syndrome lombo-vertébraux n'ont pas résisté à des analyses rigoureuses^(21, 22). On peut ainsi affirmer que les postes de travail où l'on

Les principaux déterminants des discopathies ne sont pas professionnels

doit principalement rester assis⁽²³⁾ ou debout⁽²⁴⁾, marcher⁽²⁴⁾, transporter des charges⁽²⁵⁾, travailler dans des positions inconfortables⁽²⁶⁾, s'occuper de patients⁽²⁷⁾, ou avoir une occupation manuelle⁽²⁷⁾ n'augmentent pas la fréquence des lombalgies.

Analyser précisément les répercussions fonctionnelles du syndrome lombo-vertébral

Certaines des assertions précédentes, bien qu'étayées par nombre d'études scientifiques méthodologiquement adéquates, entraînent fréquemment des réactions de rejet extrêmes chez certains patients comme chez des professionnels de la santé. Les causes sont probablement multiples, mais on peut en citer au moins trois : 1) ces

Lombalgie commune

assertions entrent en contradiction avec ce qui était enseigné pendant longtemps (voire l'est toujours) dans les écoles, on connaît pourtant la demi-vie particulièrement brève du savoir scientifique ; 2) il existe une tendance à confondre cause et conséquence ; ce n'est pas parce qu'une activité physique (professionnelle ou non) est difficile, voire impossible à réaliser lorsque l'on souffre du dos, qu'elle en est la cause ; 3) au premier abord, ces assertions peuvent donner l'impression d'entrer en contradiction avec des notions

pour tous les patients lombalgiques concernant les activités physiques permises, interdites ou à adapter. Ce qui est attendu du thérapeute (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ergonomes, médecin du travail ou autres), c'est une analyse précise des répercussions fonctionnelles du syndrome lombo-vertébral pour chaque patient. Ce n'est qu'à partir de cette analyse fine que des conseils appropriés et ciblés pourront être donnés et des actions entreprises (adaptation du poste de travail, accompagnement dans une reprise d'une activité sportive).

Concernant la pratique sportive récréative, étant donné qu'aucune lésion n'est à craindre, il n'y a aucune raison d'émettre *a priori* un avis négatif. Certes, certains sports sollicitent plus le dos que d'autres, mais on est parfois surpris de voir des patients passablement handicapés par leur lombalgie pouvoir progressivement reprendre leur activité sportive favorite à la suite d'une bonne préparation physique (souvent sous la supervision d'un kinésithérapeute) associée à un bon *coaching* leur permettant de surmonter leurs appréhensions. Cela est également vrai pour une activité professionnelle, même si là une approche par « essais-erreur », telle que proposée ici, est plus délicate. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Ne pas confondre cause et conséquence

de biomécanique de base, par exemple les notions de bras de levier. Or ce n'est pas le cas ! Il est moins contraignant de porter une charge proche de son corps, et la porter bras tendu pourrait exacerber une lombalgie ; on peut donc réduire tension et douleur en appliquant ce principe, mais pour autant ne pas l'appliquer n'implique pas un risque de lésion rachidienne.

Il ressort de ces constatations qu'il n'est plus possible d'émettre une « recette de cuisine »

1. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(2):205-17.
2. Corbett M, Foster N, Ong BN. GP attitudes and self-reported behaviour in primary care consultations for low back pain. *Fam Pract* 2009;26(5):359-64.
3. Mc Guirk B, King W, Govind J, et al. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(23):2615-22.
4. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006;124(3):330-7.
5. Poiraudou S, Rannou F, Baron G, et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain. *Pain* 2006;124(3):305-11.
6. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008;337:a171.
7. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):769-81.
8. Carragee E, Alamin T, Cheng I, et al.

- Are first-time episodes of serious LBP associated with new MRI findings? *Spine J* 2006;6(6):624-35.
9. Carragee E, Alamin T, Cheng I, et al. Does minor trauma cause serious low back illness? *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31(25):2942-9.
10. Endean A, Palmer KT, Coggon D. Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36(2):160-9.
11. el Barzouhi A, Vleggeert-Lankamp CL, et al. Back pain's association with vertebral end-plate signal changes in sciatica. *Spine J* 2014;14(2):225-33.
12. Jensen OK, Nielsen CV, Sorensen JS, et al. Type 1 Modic changes was a significant risk factor for 1-year outcome in sick-listed low back pain patients: a nested cohort study using magnetic resonance imaging of the lumbar spine. *Spine J* 2014.
13. Henrotin Y, Moysé D, Bazin T, et al. Study of the information delivery by general practitioners and rheumatologists to patients with acute low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(5):720-30.
14. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010;19(12):2075-94.

15. Battie MC, Videman T, Kaprio J, et al. The Twin Spine Study: contributions to a changing view of disc degeneration. *Spine J* 2009;9(1):47-59.
16. Demoulin C, Marty M, Genevay S, et al. Effectiveness of preventive back educational interventions for low back pain: a critical review of randomized controlled clinical trials. *Eur Spine J* 2012;21(12):2520-30.
17. Petersen T, Larsen K, Nordsteen J, et al. The McKenzie method compared with manipulation when used adjunctive to information and advice in low back pain patients presenting with centralization or peripheralization: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36(24):1999-2010.
18. Straker LM. A review of research on techniques for lifting low-lying objects: 2. Evidence for a correct technique. *Work* 2003;20(2):83-96.
19. Courvoisier DS, Genevay S, Cedraschi C, et al. Job strain, work characteristics and back pain: a study in a university hospital. *Eur J Pain* 2011;15(6):634-40.
20. Verbeek J, Martimo KP, Karppinen J, et al. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers: a Cochrane Systematic Review. *Occup Environ Med* 2012;69(1):79-80.

21. Kwon BK, Roffey DM, Bishop PB, et al. Systematic review: occupational physical activity and low back pain. *Occup Med (Lond)* 2011;61(8):541-8.
22. Ribeiro DC, Aldabe D, Abbott JH, et al. Dose-response relationship between work-related cumulative postural exposure and low back pain: a systematic review. *Ann Occup Hyg* 2012;56(6):684-96.
23. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al. Causal assessment of occupational sitting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010;10(3):252-61.
24. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al. Causal assessment of occupational standing or walking and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010;10(3):262-72.
25. Wai EK, Roffey DM, Bishop P, et al. Causal assessment of occupational carrying and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010;10(7):628-38.
26. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al. Causal assessment of awkward occupational postures and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010;10(1):89-99.
27. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al. Causal assessment of workplace manual handling or assisting patients and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010;10(7):639-51.

étape 2 Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi

Dr Audrey Petit (aupetit@chu-angers.fr), rhumatologue, service de santé au travail et pathologie professionnelle, CHU d'Angers

En France, les services de santé au travail, les médecins du travail et les équipes pluridisciplinaires de santé au travail contribuent réglementairement à la prévention du risque rachidien et aux actions de maintien dans l'emploi au niveau individuel, *via* le suivi médical individuel des salariés et au niveau collectif, *via* des actions sur le milieu de travail. Par ailleurs, il existe une voie de reconnaissance en maladies professionnelles pour les « affections chroniques du rachis lombaire » liées à l'exposition professionnelle, à des vibrations transmises au corps entier ou à la manutention manuelle de charges lourdes. La réforme de la médecine du travail (juillet 2012) élargit les missions du médecin du travail, en tant que conseil des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants en matière d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés (article R.4623-1 du code du travail).

Le cadre réglementaire de la surveillance médico-professionnelle des travailleurs par le médecin du travail concerne le salarié, l'employeur mais également les médecins généralistes traitants et les médecins spécialistes. Une meilleure connaissance des dispositifs réglementaires permet l'amélioration de la collaboration entre les médecins de soins (généralistes ou spécialistes) et le médecin du travail, notamment, *via* les visites de reprise et de préreprise à l'emploi réalisées par le médecin du travail.

À planifier : la visite de préreprise du travail

À la suite d'un arrêt de travail prolongé, le salarié doit bénéficier d'une visite médicale de reprise au poste de travail sous huit jours (art. R.4624-22 C.

trav.). Les objectifs de cette visite sont de vérifier l'aptitude du salarié à reprendre son emploi, et les questions de maintien en emploi sont particulièrement évoquées à ce moment. De son côté, le salarié peut solliciter une visite de préreprise à l'emploi lorsqu'il est encore en arrêt de travail. Cette visite peut également être à l'initiative du médecin traitant ou du médecin-conseil de l'Assurance maladie (art. R. 4624-20 et 21 C. trav.). Outre le fait de rassurer le salarié avant sa reprise, cette visite peut permettre de prévoir des mesures d'adaptation du poste et du temps de travail (reprise à temps partiel thérapeutique, aménagements de poste...) et de rappeler les mesures de prévention. C'est pourquoi il est recommandé de s'assurer que le travailleur lombalgique en arrêt de travail prolongé et/ou répété a été informé de la possibilité de bénéficier d'une ou plusieurs consultations médicales de préreprise et que cette visite peut être renouvelée à la demande du salarié, le cas échéant. De manière plus générale, le salarié peut rencontrer le médecin du travail, à sa demande, et sans en avertir son employeur.

Information et conseils aux travailleurs lombalgiques

L'examen clinique constitue un moment propice pour donner au travailleur des informations précieuses concernant le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de la lombalgie. Le professionnel doit néanmoins être conscient de l'influence que peuvent avoir ses propres représentations sur le

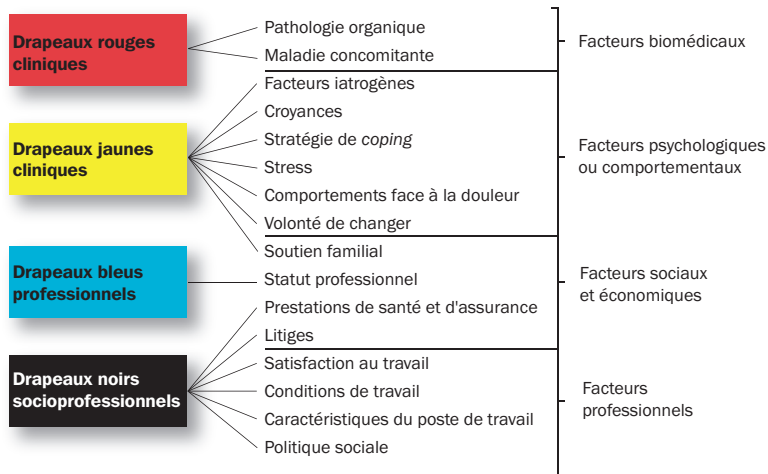


Les visites de préreprise et de reprise du travail permettent notamment un rappel des mesures préventives

Traduction française validée du « Back Book », Coudeyre E, et al., TSO, 2003.

Lombalgie commune

Synthèse des drapeaux « rouges », « jaunes », « bleus » et « noirs » chez le travailleur lombalgique



L'information se doit d'être rassurante quant au pronostic. Le médecin doit, le cas échéant, expliquer et dédramatiser les éventuels termes médicaux et techniques compte tenu de l'absence de parallélisme anatomo-clinique en cas de lombalgie commune. Il encourage le travailleur à la poursuite ou à la reprise des activités physiques et, si possible, du travail en tenant compte des caractéristiques de la situation de travail et des possibilités d'aménagement du poste de travail. Enfin, il renouvelle l'information et la sensibilisation sur les principes généraux de prévention des risques professionnels.

Surveillance médico-professionnelle des travailleurs lombalgiques

- Dans tous les cas de lombalgie, le médecin du travail doit situer l'épisode actuel de lombalgie dans l'histoire clinique et professionnelle du travailleur (antécédents de lombalgie, fréquence et durée des arrêts de travail liés à la lombalgie, comorbidités, évolution récente des conditions de travail...) et s'assurer du caractère non spécifique de la lombalgie en recherchant les signes de gravité médicale « drapeaux rouges » (figure) ou la présence d'une composante radiculaire associée à la lombalgie pouvant justifier des explorations complémentaires⁽²⁻⁴⁾.

- En cas de lombalgie persistante ou récurrente, le médecin du travail s'attache à rechercher les facteurs psychosociaux d'identification des travailleurs à risque de développer une douleur chronique et une invalidité persistante liée à la lombalgie, regroupés sous le terme de « drapeaux jaunes » (terminologie actuellement utilisée pour décrire des barrières de nature psychosociale à la récupération)⁽²⁾.

D'autres facteurs pronostiques liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur (« drapeaux bleus ») [figure] et facteurs pronostiques liés à la politique de l'entreprise, aux systèmes de soins et d'assurance (« drapeaux noirs ») [figure] doivent également être évalués⁽⁶⁾. Dans les cas complexes, cette évaluation peut nécessiter plusieurs visites ou entretiens. La recherche de ces différents facteurs de risque de passage à la chronicité et d'incapacité prolongée permet d'envisager, d'une part, l'ensemble des aspects de la situation médico-socioprofessionnelle et des obstacles au retour au travail et, d'autre part, les actions à mettre en place pour favoriser le maintien au poste du salarié ou accompagner son retour au travail, le cas échéant.

Aménagements des conditions de travail : temporaires et définitifs

Des aménagements temporaires des conditions de travail sont possibles pour favoriser la reprise, à la fois en termes de temps de travail (temps partiel thérapeutique), de rythme de travail (organisation du travail, horaires atypiques, lissage du temps de travail sur la semaine) et d'allègement des tâches du poste (restriction d'aptitude temporaire aux tâches physiquement pénibles).

De manière plus définitive, des aménagements ergonomiques du poste de travail peuvent être discutés (conception matérielle du poste, organisation du travail). Avec l'accord du salarié, le médecin du travail peut également discuter de la nécessité d'une concertation avec le médecin traitant, le(s) spécialiste(s) et, éventuellement, le médecin-conseil et/ou les acteurs du maintien en emploi, et informer l'employeur des conditions souhaitables de reprise du travail. Lorsque cela est possible, le médecin du travail peut programmer une visite du poste de travail en présence du travailleur et organiser une concertation entre le travailleur, l'encadrement, l'employeur et, éventuellement, les collègues sur le lieu de travail⁽⁸⁻¹⁰⁾.

contenu du message qu'il délivre au travailleur et veiller à la cohérence des messages au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. L'information orale est, si possible, accompagnée d'un support écrit, conforme aux préconisations actuelles, par exemple le « Guide du dos* »⁽¹⁾.

Il s'agit de délivrer une information essentielle, cohérente et accessible rappelant que la survenue des lombalgies est d'origine multifactorielle et que les facteurs professionnels sont un des facteurs modifiables influençant l'incidence de la lombalgie.

• En cas d'arrêts de travail prolongés et/ou répétés liés à la lombalgie, le médecin du travail :

– évalue les facteurs de risque de chronicité et d'incapacité prolongée au travail, notamment la douleur, l'incapacité fonctionnelle et leur retentissement, ainsi que les principaux facteurs d'incapacité liés au travail (demande physique, qualité des relations et climat social)^[6]. Il estime la capacité du travailleur à reprendre le travail et les conditions de la reprise en fonction du retentissement professionnel de la lombalgie, tout en rappelant au travailleur qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète des symptômes pour reprendre le travail et que la reprise précoce du travail améliore le pronostic sous réserve de l'adaptation du poste de travail, si nécessaire ;

– évalue, en concertation avec le travailleur, la nécessité d'envisager une démarche de maintien en emploi, en relation avec les autres acteurs du maintien en emploi : médecin traitant, médecin-conseil de l'Assurance maladie, entreprise, maison départementale de l'autonomie (MDA), opérateurs d'insertion... et s'assure de la compréhension partagée de la situation et des objectifs de la prise en charge entre le travailleur, les médecins de soins et le médecin du travail^[7]. Les actions de maintien en emploi peuvent être favorisées par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui est demandée par tout médecin auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou de la MDA, selon les départements. La RQTH permet au salarié de bénéficier d'évaluations ergonomiques du poste de travail (service d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés [SAMETH]), d'aides financières aux aménagements de poste (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées [AGEFIPH]), d'accéder à un bilan de compétence ou à un accompagnement à la réinsertion professionnelle (Cap emploi) ;

– facilite la transition du travailleur du milieu de soins vers le milieu de travail en l'incitant et en l'aidant à s'inscrire dans une dynamique de retour au travail, en évaluant les exigences physiques et le soutien social perçus par le travailleur, en identifiant les principales difficultés liées au travail et les adaptations possibles du poste de travail (encadré ci-contre) dans l'objectif de prévoir une période de transition pour la reprise du travail,

progressive et planifiée et d'améliorer sa capacité à gérer les symptômes résiduels au travail.

Recherche « lisible et traçable » de solutions

Dans tous les cas, le médecin du travail doit s'assurer de la mise en œuvre des démarches nécessaires au maintien dans l'emploi avant la reprise effective du travail ; c'est pourquoi la(les) visite(s) de préreprise doit(vent) être planifiée(s) suffisamment en amont de la date prévue de la reprise du travail. Enfin, dans les situations d'inadéquation entre les capacités fonctionnelles du salarié et les exigences du poste de travail, le médecin du travail peut être amené à discuter la mise en place d'une restriction d'aptitude, d'une inaptitude temporaire ou définitive au poste de travail. La restriction d'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail rendent obligatoire la recherche « lisible et traçable » de solutions d'aménagement du poste ou de reclassement dans l'entreprise par l'employeur. En cas d'impossibilité, le salarié risque le licenciement pour inaptitude à tout poste dans l'entreprise. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Texte inspiré des recommandations de bonne pratique « Surveillance médico-professionnelle pour le risque lombaire des travailleurs exposés à des manipulations de charges » (HAS, octobre 2013).

- Rossignol M. Guide pratique de la CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne). Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.
- Burton AK, Balague F, Cardon G, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-68.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five «red flags» to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. J Clin Epidemiol 2008;61(2):110-8.
- Mairiaux P, Mazina D. Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail. Recommandations de bonnes pratiques. Direction générale de l'humanisation du travail. Juin 2008.
- Shaw WS, Van der Windt DA, Main CJ, et al, the «decade of the flags» working group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors («blue flags») in back disability. J Occup Rehab 2009;19(1):64-80.
- Durand, M. J., Loisel P. Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. J Occup Rehab 2002;12(3): 191-204.
- Franché RL, Cullen K, Clarke J, et al. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. J Occup Rehabil 2005;15(4):607-31.
- Baril R, Clarke J, et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. Soc Sci Med 2003; 57:2101-14.
- Shaw WS, Robertson MM, Pransky G, et al. Training to optimize the response of supervisors to work injuries-needs assessment, design, and evaluation. AAOHN J. 2006;54(5):226-35.
- Shaw WS, Main CJ, Johnston V. Practice of Low Back Pain: Implications for Physical Therapist Addressing Occupational Factors in the Management. Phys Ther 2011; 91:777-89.

ETP dans la lombalgie chronique : objectifs ciblés et individuels

Pr Arnaud Dupeyron (arnaud.dupeyron@gmail.com), fédération de médecine physique et réadaptation, faculté de médecine Montpellier-Nîmes, hôpital Carémeau, Nîmes, laboratoire M2H, Euromov, université Montpellier 1

La lombalgie commune est une maladie complexe qui ne peut plus être considérée comme un simple symptôme. Au-delà de la douleur et des conséquences fonctionnelles, souvent difficiles à évaluer, un certain nombre de modifications cognitivo-comportementales semblent déjà se mettre en place dès la phase aiguë. Ces facteurs favorisent le passage à la chronicité (plus de trois mois) chez moins de 10 % des patients mais qui vont consommer plus de 80 % des dépenses de santé (notamment par absentéisme professionnel). Bien que l'étiologie de la lombalgie soit généralement difficile à préciser, l'évolution de nos connaissances sur les facteurs pouvant conduire à la chronicité permet de proposer des stratégies plus efficaces pour éviter cette transition de l'aigu vers le chronique ou la pérennisation des formes chroniques. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) semble un traitement de choix dans ce cadre.

Les objectifs de cet article sont de comprendre les évolutions théoriques qui ont justifié l'utilisation de l'ETP dans la lombalgie commune (et non secondaire), d'aborder la façon dont l'ETP s'intègre dans le parcours de soins et sous quelle forme.

Modèles biomédical et bio-psycho-social

Le modèle biomédical (tableau), que nous utilisons dans notre pratique quotidienne, valorise les signes cliniques et paracliniques pour établir un diagnostic conduisant à un traitement efficace (ou non). Cependant, les signes cliniques dans la lombalgie sont souvent difficiles à interpréter en phase aiguë (valeurs d'une contracture

Un certain nombre de conséquences psycho-comportementales vont concerner le patient lombalgique entrant dans la chronicité. Selon la classification internationale du fonctionnement (CIF, OMS, 2001), il est possible de distinguer plusieurs niveaux de conséquences : les déficiences (domaine clinique), les limitations d'activités (domaine fonctionnel) jusqu'à la restriction de participation (handicap). Ce modèle multidimensionnel, bio-psycho-social (tableau), permet de mieux comprendre pourquoi deux patients présentant la même lésion ont des évolutions très différentes et pourquoi d'autres solutions thérapeutiques sont nécessaires. L'ETP vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Si l'on considère le champ des répercussions possibles pour chaque patient et le peu de chance de guérison (au sens de la disparition d'une discopathie), il est alors aisé de comprendre pourquoi l'ETP fait maintenant partie du traitement des lombalgies.

Les messages éducatifs se doivent d'être cohérents

ou d'un syndrome rachidien pour apprécier la gravité) pour devenir déroutants en phase chronique (douleurs diffuses). De plus, ne traiter que la douleur ne modifie pas forcément le retentissement fonctionnel qui est, le plus souvent, lié à l'appréhension de la douleur et donc du domaine des représentations.

Les cibles multiples de l'éducation thérapeutique du patient lombalgique

En phase aiguë, les répercussions attendues sont essentiellement physiques associant douleur, raideur, contracture et perte de force puis d'endurance (déficiences). Ces répercussions représentées par le cercle central (cercle 1, figure) peuvent ne pas avoir de conséquences

si l'épisode est bien toléré ou dure peu. Ces répercussions sont conditionnées par les capacités d'adaptation du patient pouvant impliquer ses représentations et croyances (« *je vais finir en fauteuil roulant* »), le fait de pouvoir faire avec (coping), le lieu de contrôle (« *docteur, trouvez-moi une solution* » vs « *je vais m'occuper de moi* ») ou encore la capacité de gérer ses émotions. Ces caractéristiques individuelles peuvent limiter la portée ou au contraire devenir une véritable zone de propagation des répercussions de la lombalgie. Ainsi, des représentations « catastrophiques » favoriseront l'expression de douleurs banales qui évolueront alors rapidement vers des conduites d'évitements (gestes, activités, travail) liées à la peur et aux (fausses) croyances⁽¹⁾. À partir de là, la maladie lombaire va retentir sur les gestes de la vie quotidienne (cercle 2) puis aboutir à une situation de handicap contrastant avec la banalité de la situation pathologique (cercle 3).

Les cibles éducatives peuvent donc concerner les modifications cognitives (peurs et croyances), comportementales (conduites d'évitement), psychologiques (anxio-dépression) mais aussi les conséquences, sociales (familiales, amicales, financières), occupationnelles (activités) et professionnelles (absentéisme, relations, considération). Améliorer les connaissances et les compétences du patient pour mieux gérer sa maladie et en limiter les conséquences (et la consommation de soins attenante) constitue une stratégie thérapeutique adaptée si elle fondée sur des objectifs ciblés individuels.

ETP et parcours de soins dans la continuité

L'organisation mondiale de la santé définit l'ETP comme un processus continu visant à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique⁽²⁾. Dans la lombalgie commune, on peut imaginer aider les patients à acquérir des compétences et des savoirs théoriques comme pratiques. Par exemple, diminuer l'inquiétude liée à la douleur, optimiser le contrôle de la maladie pour rester ou redevenir actif le plus rapidement possible ; proposer des connaissances adaptées et limiter les fausses croyances, percevoir l'utilité d'activités physiques adaptées, les mettre en place et les maintenir. Autant d'objectifs difficilement réalisables

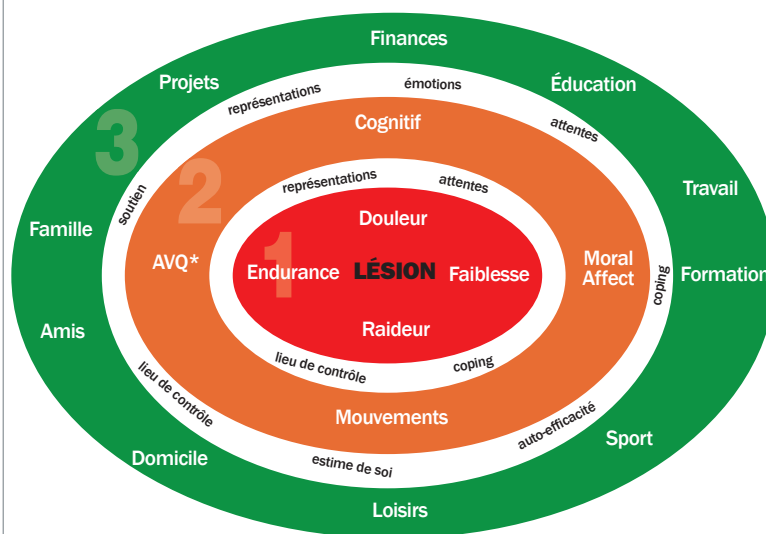
si les discours médicaux et paramédicaux sont discordants ou alarmants (« *reposez-vous tant que vous avez mal, évitez de bouger...* »). En conséquence, de la première consultation en médecine générale aux programmes multidisciplinaires et éducatifs en institution, le parcours éducatif du patient lombalgique peut être continu, les messages se devant d'être cohérents.

Tableau. Le modèle bio-psycho-social : base de l'ETP

| Modèle biomédical | Modèle bio-psycho-social | | |
|--|--|--|---|
| Modèle analytique issu des sciences exactes conduisant du diagnostic au traitement | Modèle intégré tenant compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie | | |
| Anatomie et biomécanique humaine | Biologique | Psychologique | Social |
| Influence directe de la lésion sur la douleur | Critères cliniques de la condition physique et mentale | Facteurs personnels psychologiques et comportementaux influant sur le fonctionnement de l'individu | Contexte social, contraintes sur le fonctionnement de l'individu, retentissement socioprofessionnel |

De la lésion aux répercussions sur le fonctionnement dans la lombalgie

Représentation des trois dimensions (cercles 1 à 3)
de la classification internationale du fonctionnement
avec des exemples de variables d'ajustement individuelles
(bandes séparant les cercles)



Le message éducatif doit être perçu comme un temps de traitement

L'ETP ne peut pas se résumer à de simples conseils. Une revue récente de la littérature décrit les principes de l'ETP dans la lombalgie⁽³⁾, nous insisterons donc sur quelques notions importantes. L'ETP est un processus dynamique fondé sur un bilan éducatif formalisé prenant en compte les attentes du patient, sa situation individuelle, ses représentations de la maladie, sa façon d'agir, ses réactions face à la douleur ou à ses conséquences. Ce bilan conduit à la définition d'objectifs thérapeutiques partagés avec le patient tenant compte de ses points forts (par exemple son entourage) comme de ses points faibles (par exemple la peur du mouvement).

Le contenu du programme éducatif peut prendre des formes très variées⁽³⁾ :

- en consultation, la remise du « Back Book » associé à un échange interactif sur les messages délivrés peut être le début d'un processus continu d'ETP ;
- lors de programmes multidisciplinaires comportant des sessions définies par des objectifs précis (savoir soulever un objet lourd), par des techniques éducatives adaptées (tables rondes, « Metaplan »...), un nombre de patients, une durée, des intervenants. Il peut s'agir d'ateliers, de groupes de discussion, d'exposés interactifs, de jeux de rôle ou de mises en situation sans recommandations spécifiques⁽⁴⁾.

Cependant les informations qui ne font pas partie intégrante d'un parcours de soins et qui ne sont donc pas contextualisées perdent de leur impact. Par exemple, l'utilisation du « Back Book » a prouvé son efficacité comme support éducatif dans la lombalgie subaiguë lorsqu'il est utilisé par le médecin traitant dans un contexte éducatif formalisé⁽⁵⁾. Le message éducatif doit être rassurant et aborder des notions simples (inutilité du repos) mais doit être perçu comme un temps de traitement. Enfin, la mise en place de moyens d'évaluation du patient comme de la stratégie éducative permet d'apprécier l'efficacité du dispositif et de l'améliorer.

À quels patients proposer l'ETP ?

L'ETP peut être théoriquement proposée à tous les patients lombalgiques. Dès la phase aiguë, il peut s'agir d'établir un premier diagnostic

éducatif (vécu douloureux, représentation, situations professionnelles) permettant de délivrer un message rassurant, de proposer un projet thérapeutique adapté, de donner du sens à l'arrêt de travail. Limiter précocement les peurs et croyances liées à la douleur a une influence positive sur la santé et le devenir professionnel⁽⁶⁾. Dans les formes chroniques (au-delà du troisième mois), les conséquences de la lombalgie (catastrophisme, isolement, dépression...) impliquent l'intervention de différents professionnels et peuvent justifier la mise en place d'une stratégie d'équipe autour d'un objectif commun. L'échec d'un traitement médical bien conduit, l'absence de réponse à la kinésithérapie ambulatoire et la présence de facteurs de chronicité psychosociaux et professionnels peuvent constituer des éléments permettant d'orienter au mieux le patient. Ainsi, des mesures éducatives peuvent être proposées à tous les stades de la lombalgie commune si l'ETP repose sur une évaluation bio-psycho-sociale.

Un processus dynamique organisé et formalisé

L'information comme l'éducation fondée sur le modèle bio-psycho-social sont des stratégies efficaces pour modifier (minimiser) les conséquences cognitivo-comportementales associées à la lombalgie. L'ETP est un processus dynamique, organisé et formalisé, intégré aux soins habituels, dont la finalité est d'améliorer les compétences du patient lombalgique. Même si les effets de telles procédures ne peuvent être dissociés des autres traitements, il est difficilement concevable de ne pas optimiser notre arsenal thérapeutique considérant l'impact sociétal de la lombalgie chronique. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, et al. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62:363-72.

2. OMS - Rapport de l'OMS-Europe: Therapeutic patient education - Continuing education programs for health care providers in the field of chronic disease. 1998.

3. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54:319-35.

4. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD000963.

5. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, et al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. *Ann Readapt Med Phys* 2006; 49:600-8.

6. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl 2: S136-68.

Prise en charge au stade d'invalidité lombaire

Dr Fanny Roure (fanny.roure@psl.aphp.fr), service de rhumatologie, groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, Paris

Plus de 90 % des épisodes de lombalgie non spécifique sont résolutifs dans les trois mois (encadré 1). Cependant, chez certains patients, malgré les traitements entrepris, la douleur se pérennise, entraînant une kinésiophobie et une baisse des activités physiques responsables d'une altération de la qualité de vie et d'un isolement socioprofessionnel progressif (encadré 2). La prise en charge pluridisciplinaire de ces patients est lourde et a pour objectif de les réinsérer en se fondant sur le réentraînement à l'effort et sur la coopération avec le médecin du travail (voir article p. 707). Il paraît par ailleurs fondamental de pouvoir prévenir cet état ultime en identifiant et en prenant en charge plus précocement, dès la phase subaiguë, les patients à risque de basculer dans la chronicité.

Qui sont les patients « à risque » ?

Dans une méta-analyse de 2009, neuf facteurs étaient particulièrement associés à un pronostic péjoratif : sciatique associée, incapacité fonctionnelle, âge, mauvais état général de santé perçu, stress psychosociaux, stratégies de *coping* (capacité à faire face) déficientes, mauvaises relations au travail, charge physique et compensation pour accident de travail⁽²⁾. L'importance du lien entre absentéisme et retour au travail a été bien montré par G. Waddell : après un à trois mois d'arrêt, le travailleur a 10 à 40 % de risque de ne pas être au travail à un an. Après un à deux ans d'absence, ses chances de retour au travail sont quasiment nulles⁽³⁾. Les facteurs psycho-comportementaux et professionnels semblent donc plus fortement associés à la transition lombalgie aiguë-lombalgie chronique que les facteurs bio-médicaux ou biomécaniques. Ces facteurs sont regroupés sous le terme de *yellow flags* ou drapeaux jaunes (tableau 1, p. 714), par analogie aux *red flags* ou drapeaux rouges (qui orientent vers une lombalgie symptomatique, voir article p. 687). C'est à partir de ces constatations qu'a été développé le modèle bio-psycho-social pour la prise en charge de la lombalgie chronique.

Le réentraînement à l'effort, composante d'une approche multidisciplinaire pour une réinsertion dans la vie active

L'idée d'un déconditionnement à l'effort a été développée aux États-Unis à partir de 1985 par

T. G. Mayer, et al.⁽⁴⁾. Dans leur première publication, les auteurs avaient comparé près de 300 lombalgiques chroniques à une population témoin et décrit le « *deconditioning syndrome* ». Ce dernier associe une insuffisance des muscles du tronc prédominant sur les extenseurs par rapport aux fléchisseurs, une hypomobilité pelvienne, une rétraction musculo-tendineuse, notamment des

1. Lombalgie et lombalgie limitante

Les données de prévalence des lombalgies dans la population française sont issues de deux études en population générale : l'Enquête décennale de santé 2002-2003 (n = 14 248) et l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (n = 6 929). Les deux enquêtes sont représentatives de l'ensemble des « ménages ordinaires » résidant en France métropolitaine.

La prévalence de la lombalgie de plus de trente jours dans les douze derniers mois est de 17 % chez les 30-64 ans. Pour la lombalgie limitante, la prévalence estimée dans la population est d'environ 7 %. La prévalence des lombalgies de plus de trente jours augmente significativement avec l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le faible niveau d'instruction, la pénibilité du travail et le port de charges lourdes.

2. Un poids socio-économique considérable

En plus des répercussions individuelles pour le patient, la lombalgie, première cause d'invalidité avant 45 ans, a un retentissement socio-économique considérable. Le coût direct d'un lombalgique chronique, lié au diagnostic et aux soins, a été évalué à 1 430 euros par an dans une récente étude française⁽⁵⁾. Les coûts indirects, plus difficiles à évaluer, correspondent aux indemnités journalières, à la perte de productivité et au versement des pensions d'invalidité, et seraient bien supérieurs.

Lombalgie commune

Tableau 1. Yellow flags

| | |
|--|---|
| Problèmes émotionnels | Dépression, anxiété, stress, conscience augmentée des sensations corporelles, tendance à une humeur dépressive, retrait des activités sociales... |
| Attitudes et représentations inappropriées | Idée que la douleur est dangereuse ou risque d'entraîner un handicap (catastrophisme), attente de solutions placées dans des traitements passifs... |
| Comportements douloureux inappropriés | Évitement et réduction d'activité liés à la peur |
| Problèmes liés au travail | Insatisfaction professionnelle, environnement de travail hostile, attente de réparation... |
| Environnement familial | défavorable Surprotection ou manque de soutien |

ischio-jambiers, et une désadaptation cardiorespiratoire. Par ailleurs, les scores d'anxiété et de dépression étaient plus élevés chez les lombalgiques, entretenant le déconditionnement physique. G. Waddell⁽³⁾ souligne en particulier les conduites d'évitement de la douleur et les faibles capacités de *coping* pour rendre compte du cheminement de certains patients lombalgiques vers l'incapacité chronique, la perte d'emploi et l'isolement social.

À partir de ces deux concepts, des approches globales se sont progressivement développées en Amérique du Nord puis en Europe. Dénommés « restauration fonctionnelle » ou encore « réentraînement à l'effort » du rachis, ces programmes répondent tous à la nécessité de prendre en charge la lombalgie dans ses aspects multidimensionnels, sur le modèle bio-psycho-social. En France, c'est une équipe lilloise qui a été pionnière dans le domaine. Une soixantaine de centres propose aujourd'hui ce type de programmes ; le listing et les coordonnées de ces structures, dont la plupart sont des centres de rééducation, seront disponibles sur le site de la Société française de rhumatologie (SFR ; <http://sfr.larhumatologie.fr/>) fin 2014.

Principes et modalités du réentraînement à l'effort

Pour la SFR, l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire consiste en un cadre de soins diagnostique et thérapeutique permettant, d'une part, la prise en compte des douleurs lombaires du patient dans toutes ses dimensions et, d'autre part, la lutte contre la déprogrammation générale induite par la douleur. Cette dernière revêt trois aspects : physique (par le réentraînement à l'effort), comportementaliste (par repérage et modification de comportements inadaptés) et socioprofessionnel (au minimum mise en relation avec le médecin du travail)^[6].

Le but n'est pas tant la réduction de la douleur lombaire que le gain fonctionnel et la réinsertion du patient dans la vie active. Pour cela, un travail éducatif doit être réalisé avec le patient afin qu'il acquière des compétences d'autosoins, de gestion de la douleur et des activités.

Les modalités de ces programmes n'ont pas fait l'objet d'un consensus. La prise en charge en groupe et en structure collective est habituelle. La durée varie entre 40 et 200 heures, réparties sur deux à six semaines. Malgré leur diversité en nombre d'heures et en durée, ces programmes comprennent tous un apprentissage de la gestion de la douleur et des antalgiques, du cardio-training, du renforcement musculaire, des étirements, de la relaxation et de l'ergothérapie. Parfois, une prise en charge par un psychomotricien et une approche cognitivo-comportementale sont proposées. Les thérapies passives comme les massages sont proscrits.

La prise en charge, pluridisciplinaire, fait intervenir le psychologue, la diététicienne et enfin l'assistante sociale.

Certains centres proposent des programmes plus légers soit en externe, soit dans le cadre d'un réseau avec des kinésithérapeutes libéraux. Moins coûteux, ces programmes demandent au patient une plus grande autonomie et s'adressent donc à des patients lombalgiques moins déconditionnés.

Indications actuellement non consensuelles

Il n'y a pas actuellement de consensus quant aux indications des programmes de reconconditionnement à l'effort, mais ils n'ont aucun intérêt en phase aiguë. Ils doivent être réservés aux lombalgiques en phase subaiguë ayant un fort risque de passage à la chronicité et surtout aux lombalgiques chroniques.

À notre sens, ces programmes doivent être ainsi proposés à des patients lombalgiques ou lombo-radiculalgiques en situation d'impasse thérapeutique, d'incapacité fonctionnelle et surtout d'exclusion socioprofessionnelle, indépendamment de leurs antécédents chirurgicaux rachidiens.

Par ailleurs, il est indispensable que les patients soient informés des principes du programme et pleinement motivés, ce qui n'est pas toujours facile à évaluer. En effet, les séries d'exercices doivent être menées à leur terme malgré la possible exacerbation des douleurs. Ces programmes « énergiques » vont remettre en question comportements et convictions et demander au patient un entraînement physique

intensif. Sans une forte motivation personnelle, le risque d'abandon est important.

Enfin, compte tenu du coût de tels programmes, la logique incite à les réserver aux patients en âge de travailler et en arrêt de travail, avec comme objectif le retour au travail. Néanmoins, dans certaines situations particulières, notamment celles des hommes ou femmes au foyer, ce type de programme peut être tout à fait proposé.

Deux contre-indications peuvent être notées : le patient ayant un retentissement thymique majeur qui obligerait à une prise en charge psychologique avant le réentraînement ; une contre-indication cardio-pulmonaire à l'effort.

Résultats : des preuves d'efficacité notamment sur le retour à l'emploi

Les programmes de réentraînement à l'effort ont fait la preuve de leur efficacité sur le plan algo-fonctionnel et sur le retour au travail, notamment lorsqu'ils sont associés à des mesures de réinsertion professionnelle et qu'ils sont proposés précocement⁽⁶⁾. Cependant, les données issues d'études internationales, en particulier sur le retour au travail, ne sont pas extrapolables à la France compte tenu des conjectures économiques propres à chaque pays et surtout des systèmes de santé et d'indemnisation radicalement différents⁽⁷⁾.

En France, on dispose d'une dizaine d'études publiées évaluant l'efficacité des programmes de restauration fonctionnelle du rachis : 7 études ouvertes (tableau 2) et 1 étude contrôlée randomisée, comparant un reconditionnement classique à une prise en charge rééducative en libéral⁽⁸⁾. Si l'évaluation a lieu à un an dans la plupart de programmes, les critères d'évaluation diffèrent d'un centre à l'autre. Malgré certaines faiblesses méthodologiques (absence de groupe contrôle, faibles effectifs et/ou nombreux perdus de vue, caractère rétrospectif le plus souvent), ces études confirment l'impact positif et durable du réentraînement à l'effort, en particulier sur le retour à l'emploi, qui constitue le critère principal d'évaluation. Le nombre de jours d'arrêt de travail est réduit et le taux de patients au travail à un an varie entre 55 à 72 % selon les études. Par ailleurs, les différents scores permettant d'évaluer l'incapacité fonctionnelle, la douleur, les croyances erronées et les conduites d'évitement, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie sont améliorés après de tels programmes.

Réseaux et associations

Quelques réseaux existent dans le domaine de la lombalgie chronique. Parmi les plus actifs, on peut citer le réseau Nord-Pas-de-Calais du dos (RENO-DOS), regroupant douze centres, dont un belge. La démarche de ce réseau était entre autres la standardisation de ses pratiques (notamment moyens humains, durée et contenu des programmes) mais également de ses protocoles d'évaluation afin de favoriser la recherche clinique. Par cet effort d'harmonisation, ce réseau a publié en 2008 ses résultats à un an sur un effectif très conséquent (748 patients)⁽¹⁴⁾.

Le réseau de soins « mission ligérienne emploi santé – Lombaction », créé en 2001 et regroupant actuellement 4 centres, a développé une collaboration entre le service de médecine interne-pathologie professionnelle du CHU d'Angers, les médecins du travail et les généralistes. Les salariés lombalgiques

Tableau 2. Études ouvertes menées en France pour évaluer l'efficacité des programmes de restauration fonctionnelle du rachis (RFR)

| Auteur, année (ville) | Nombre de patients Type de programme | Résultats (critères principaux) |
|---|--|--|
| Caby, 2010 ⁽⁹⁾ (Lille) | 44 (rachis opérés 83/144) 175 heures RFR | Évaluation à court terme principalement. Évaluation à 1 an pour seulement 31 sujets : 81 % de retour à l'emploi |
| Baudreuil, 2010 ⁽¹⁰⁾ (CHU Lariboisière, Paris) | 39 patients 5 semaines RFR | Évaluation à 1 an : 67 % patients améliorés, 64 % retour au travail, diminution de 51 % du nombre de jours d'arrêt de travail |
| Poulain, 2010 ⁽¹¹⁾ (CHU La Pitié Salpêtrière, Paris) | 105 patients 4 semaines RFR | Évaluation à 1 an : 55 % de retour au travail, amélioration des autres critères (douleur, qualité de vie, incapacité, peurs et évitement, état psychologique) |
| Bontoux, 2009 ⁽¹²⁾ et 2004 ⁽¹³⁾ (CHU Angers) | 87 patients RFR + intervention ergonomique (pour 57 patients) | Évaluation à 1 an : 72 % de patients au travail (vs 17 % avant). Évaluation à 2 ans : 26/87 perdus de vue ; 78 % au travail, réduction de 60 % des jours d'arrêt de travail |
| Gagnon, 2008 ⁽¹⁴⁾ (réseau Renodos) | 748 patients programme multidisciplinaire | Évaluation protocolisée à 12 mois : amélioration de tous les critères (Dallas, RDQ, douleur, qualité de vie, HAD) en fin de programme, maintien à 1 an (sauf douleur et tests isométriques) Travail non évalué |
| Verfaillie, 2005 ⁽¹⁵⁾ (CHU Rouen) | 34 patients RFR | Évaluation à 4 ans : 18 perdus de vue Amélioration persistante sur souplesse lombaire, douleur mais pas sur les tests isométriques. Scores de Dallas comparables à 1 et 4 ans À 4 ans, 16/26 sont au travail à 4 et 17/26 ont une activité physique régulière |
| Poiraudau, 1999 ⁽¹⁶⁾ (CHU Cochin Paris) | 335 patients (15 opérés) RFR 5 semaines | Évaluation à 1 an : 66 % de reprise d'activité professionnelle, réduction de 50 % des jours d'arrêt de travail |

Lombalgie commune

en danger sur le plan socioprofessionnel sont adressés à une consultation multidisciplinaire d'inclusion et peuvent ainsi bénéficier de deux actions conjointes : d'une part une action dans le milieu du travail pour aménager le poste ou changer de poste de travail, d'autre part un reconditionnement à l'effort en centre de rééducation ou en libéral. Une étude randomisée récemment publiée retrouvait une amélioration fonctionnelle similaire dans les deux groupes avec une réduction du nombre de jours d'arrêt de travail supérieure dans le groupe restauration fonctionnelle multidisciplinaire⁽⁸⁾.

Enfin, l'association COMÈTE France (communication-environnement-tremplin pour l'emploi) n'est pas spécifique à la lombalgie et regroupe en 2014 quarante-deux établissements de MPR/SSR étendus sur tout le territoire français. L'objectif est de maintenir une dynamique d'inclusion sociale et professionnelle avec l'adhésion du patient. Un projet d'insertion, une mise en œuvre pratique et un suivi sont réalisés par un ergonome/chargé d'emploi en collaboration avec les équipes médicale, paramédicale et sociale mais aussi avec les acteurs extérieurs à l'établissement (entreprises, médecins du travail, Assurance maladie). En 2013, plus de 8 700 projets ont été élaborés ; 30 % concernaient une pathologie rachidienne.

Faisabilité d'un aménagement des conditions de travail et reclassement professionnel^(17, 18)

La question de l'aptitude ou de l'inaptitude médicale des salariés au poste de travail est au carrefour de multiples préoccupations et enjeux (juridiques, médicaux, organisationnels...).

L'aptitude, même assortie de nombreuses réserves, n'équivaut pas à une inaptitude, qui, seule, déclenche le processus obligatoire de recherche de reclassement sur d'autres postes. En cas d'aptitude avec réserves, le salarié doit être maintenu sur son poste, si besoin aménagé conformément aux préconisations mentionnées dans l'avis médical.

Seul le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude médicale au poste du salarié, les avis et certificats médicaux des médecins traitants,

d'une commission médicale ou des médecins-conseils de la Sécurité sociale ne sont pas à prendre en considération. Cependant, le décroisement et la communication entre médecin traitant et médecin du travail, si le salarié l'autorise, sont fondamentaux, permettant d'évaluer les possibilités d'aménagement ou de reclassement professionnel si le poste de travail n'est plus adapté : une nouvelle orientation ou la possibilité de se former peuvent être envisagées avec le patient.

L'examen de préreprise, une obligation

En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés, l'examen de préreprise devient obligatoire dès lors que l'arrêt de travail est d'une durée de plus de trois mois ; il est organisé par le médecin du travail (voir article p. 707) à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil de la Sécurité sociale ou du salarié.

Trois hypothèses peuvent résumer la majorité des cas :

- le médecin du travail déclare le salarié partiellement apte à son poste (aptitude avec réserves ou restrictions) ; l'employeur doit alors aménager le poste de travail ou adapter l'emploi de l'intéressé ;
- le médecin du travail estime que le salarié est inapte à son poste, mais apte à exercer d'autres fonctions ; l'employeur examine les possibilités de reclassement sur les postes existants, dans l'établissement, l'entreprise, le groupe auquel il appartient ;
- le médecin du travail déclare le salarié inapte à tout poste dans l'entreprise ; l'employeur engage alors une démarche de reclassement par mutation, adaptation, transformation du poste ou aménagement du temps de travail, dans l'établissement, l'entreprise, le groupe.

Aménagement des conditions de travail

L'employeur doit tout mettre en œuvre pour maintenir le salarié à son poste de travail ou emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente en tenant compte des préconisations médicales.

Aménagement du poste de travail

L'aménagement du poste de travail, qui peut être temporaire ou permanent, fait partie des objectifs des visites de préreprise ou de reprise du travail.

Le médecin du travail fait des propositions d'aménagement de poste, par exemple limitation des efforts de manutention, mise à disposition

Le réseau de soins « mission ligérienne emploi santé – Lombaction » a développé une collaboration entre le service de médecine interne-pathologie professionnelle du CHU d'Angers, les médecins du travail et les généralistes



d'un siège ergonomique, etc. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. En pratique, il est évidemment souhaitable de trouver un accord à l'amiable, par des échanges entre les parties intéressées.

L'aménagement matériel du poste est pris en charge par l'employeur ou financé par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), si le salarié a une reconnaissance de travailleur handicapé.

Aménagement du temps de travail

Il peut être envisagé par la prescription d'un temps partiel par le médecin, ou bien par l'aménagement d'horaires.

Le médecin du travail peut ainsi préconiser une reprise à temps partiel :

- soit un temps partiel thérapeutique (avec accord de l'employeur et de la Sécurité sociale), cela permet à la personne de travailler à temps partiel pendant quelques mois (douze mois au maximum) ;
- soit un temps partiel avec modification du contrat de travail en négociation avec l'employeur. En parallèle, la personne peut faire une demande de pension d'invalidité à la Sécurité sociale. La reprise à temps partiel pour motif thérapeutique est accordée pour une durée maximale d'un an, non renouvelable.

Reclassement professionnel

L'inaptitude est obligatoirement établie par le médecin du travail, reconnue au terme de deux examens médicaux espacés d'au moins deux semaines. Cet avis précise que l'inaptitude est totale ou partielle, temporaire ou définitive. Le médecin du travail peut déclarer le salarié apte à exercer d'autres fonctions. Dans ce cas, il peut bénéficier, sous conditions, d'un reclassement dans l'entreprise vers un emploi adapté à ses capacités physiques.

L'obligation de reclassement s'impose à l'employeur pendant le mois qui suit l'examen à l'issue duquel l'inaptitude a été déclarée. L'employeur est tenu de proposer un nouvel emploi adapté aux capacités du salarié, aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé. L'employeur met en œuvre, si nécessaire, des mesures telles que la mutation, la transformation du poste de travail proposé ou l'aménagement du temps de travail. Le

reclassement doit être recherché parmi les emplois disponibles dans l'entreprise (tous établissements et tous secteurs confondus).

Le salarié peut accepter ou refuser le poste de reclassement proposé, dans ce dernier cas il peut être licencié pour inaptitude. À l'issue du délai de reclassement d'un mois, si le salarié n'est pas reclassé, il peut être licencié pour inaptitude (l'employeur a la charge de la preuve de l'impossibilité de reclassement). Compte tenu de l'attitude passive prise par certains employeurs se refusant à la fois à reclasser un salarié devenu inapte et à le licencier pour ne pas supporter les conséquences financières d'un licenciement, le législateur a mis à la charge de l'employeur l'obligation de reclasser le salarié inapte ou de le licencier dans le mois suivant la déclaration d'inaptitude ; à défaut, il doit reprendre le versement du salaire.

Une formation professionnelle peut être envisagée durant un arrêt de travail, comme le précise le code du travail. Cette formation peut ensuite faciliter le reclassement professionnel. Diverses formations peuvent être prises en charge par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH). •

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

1. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol* 2010; 24:101-8.
2. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, et al. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis review. *J Clin Epidemiol* 2009;62(2):781-96.
3. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
4. Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino N, et al. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine* 1985;10(6):482-93.
5. Duquesnoy B, Duplan B, Avouac B, et al. Recommandations de la section rachis de la SFR sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. *Rev Rhum* 2001;68:192-4.
6. Gatchell R, Mayer T. Evidence-informed management of chronic low back pain with functional restoration. *Spine* 2008;8(1):65-9.
7. Poiraudau S, Rannou F, Revel M. Functional restoration programs for low back pain: a systematic

- review. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50(6):419-29.
8. Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac'h A, Bontoux L, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2011 Dec 15;36(26):2235-42.
9. Caby I, Vanvelcenaher J, Letombe A, et al. Effects of a five-week intensive and multidisciplinary spine-specific functional restoration program in chronic low back pain patients with or without surgery. *Ann Phys Rehabil Med* 2010;53(10):621-31.
10. Beaudreuil J, Kone H, Lasbleiz S, et al. Efficacy of a functional restoration program for chronic low back pain: prospective 1-year study. *Joint Bone Spine* 2010 (5):435-9.
11. Poulain C, Kernéis S, Rozenberg S, et al. Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *Eur Spine J* 2010;19(7):1153-61.
12. Bontoux L, Dubus V, Roquelaure Y, et al. Return to work of 87 severely impaired low back pain patients two years after a program of intensive functional

- rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med* 2009; 52(1):17-29.
13. Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C et al. Prospective study of the outcome at one year of patients with chronic low back pain in a program of intensive functional restoration and ergonomic intervention. Factors predicting their return to work. *Ann Readapt Med Phys* 2004;47(8):563-72.
14. Gagnon S, Lenseil-Corbeil G, Duquesnoy B et al. Renodos. Multicenter multidisciplinary training program for chronic low back pain: French experience of the Renodos back pain network (Réseau Nord-Pas-de-Calais du DOS). *Ann Phys Rehabil Med* 2009; 52(1):3-16.
15. Verfaillie S, Delarue Y, Demangeon S et al. Evaluation after four years of exercise therapy for chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys* 2005;48(2):53-60.
16. S. Poiraudau, A. Duvallet, Barbosa Dos Santos I, et al. Evaluation of a functional restoration program for severely handicapped chronic low back pain patients: a 1-year follow-up study. *Ann Readapt Med Phys* 1999;41(1):33-4.
17. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr>
18. <http://www.infoprudhommes.fr>

Le Modic 1 : une lombalgie aux caractéristiques atypiques

Dr Isabelle Griffoul (i.griffoul@chu-tours.fr), service de rhumatologie, CHRU Trousseau, Tours, **Dr Virginie Martailé**, service de rhumatologie, CHR Orléans

Décrite par Modic en 1988⁽¹⁾, la discopathie de type Modic est caractérisée par des modifications de signal en imagerie par résonance magnétique (IRM) des plateaux vertébraux, correspondant à des altérations évolutives et parfois successives. Elles ont été classées en trois stades : stade Modic 1 (œdème) : hyposignal T1 et hypersignal T2 ; stade Modic 2 (involution graisseuse) : hypersignal T1 et T2 ; stade Modic 3 (ostéosclérose) : hyposignal T1 et T2. Ces différents stades peuvent être associés^(1,2).

Plusieurs causes ont été évoquées à partir de ces anomalies IRM et de constatations anatomo-pathologiques⁽²⁾ (encadré).

De l'imagerie à la clinique

Le Modic 1 a une prévalence très variable selon les études et il concerne plutôt des sujets jeunes (autour de 40 ans). Récemment, le concept de « discopathie active » a été proposé, associant aux anomalies IRM un phénotype particulier de lombalgie. En effet, il a été montré que cette douleur de lombalgie chronique avait des caractéristiques inflammatoires franches⁽⁵⁾. Ces constatations sont plus fréquentes pour les lésions Modic 1 que pour les Modic 2⁽³⁾. Il y a peu d'autres éléments cliniques spécifiques et l'examen physique est peu discriminant ; l'extension lombaire semble aggraver la lombalgie⁽⁵⁾. Les anomalies de signal Modic 1 sont associées significativement à une CRP ultrasensible significativement

plus élevée que le Modic 0 ou le Modic 2 (respectivement 4,64 mg/L, 1,63 mg/L, 1,75 mg/L)⁽⁶⁾. En radiographie standard, les anomalies sont peu discriminantes (érosions ou ostéosclérose des plateaux et gaz intra-somatique).

L'évolution naturelle du Modic est peu connue. Il est probable que le passage de lésions Modic 1 aux lésions Modic 2 ou 3 correspond à un processus de réparation qui s'associe le plus souvent avec une amélioration clinique. Cette amélioration se fait sur plusieurs mois (en moyenne 18 mois) : il est important d'en informer les patients.

Des spécificités thérapeutiques pour le Modic 1 ?

- Au plan médical : aux traitements symptomatiques de la douleur (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, infiltrations épidurales), on associe la recommandation de poursuivre des activités physiques, parfois l'immobilisation par corset. Les symptômes évoluent spontanément favorablement avec le temps. De façon plus spécifique, il semble que les corticoïdes oraux soient efficaces⁽⁵⁾. Des infiltrations intra-discales (25 mg d'acétate de prednisolone) sont aussi proposées^(7,8) ; ces dernières n'ont pas démontré leur efficacité.

- Au plan chirurgical : l'arthrodèse immobilisant le disque atteint a été essayée avec amélioration clinique et normalisation du signal inflammatoire⁽⁹⁾. La prothèse discale a été discutée mais les études sont insuffisantes dans le domaine. Le traitement chirurgical dans ce contexte relève d'une discussion pluridisciplinaire

À l'origine du Modic 1

Causes évoquées :

- une atteinte dégénérative ; les lésions de type Modic sont plus fréquentes chez des sujets ayant une atteinte discale dégénérative au préalable⁽³⁾ ;
- une atteinte inflammatoire correspondant au signal observé en IRM se traduit en anatomo-pathologie par un tissu osseux infiltré de vaisseaux⁽³⁾. Il existe également du TNFα et d'autres cytokines pro-inflammatoires comme l'IL-6 dans les plateaux vertébraux ;
- une atteinte infectieuse : l'hypothèse est débattue. En 2013, une étude a montré la présence de germes, en majorité *P. acnes*, en per-opératoire de cure de hernie discale (pour 26/61 patients). Pour 80 % des patients avec culture positive, des lésions de type Modic 1 sont apparues au décours de la chirurgie⁽⁴⁾.

Aspect IRM évocateur de Modic 1



IRM lombaire coupe T1 sagittale : hyposignal plateau inférieur de L4-L5 et supérieur de L5 et S1



IRM lombaire coupe T2 sagittale : hypersignal plateau inférieur de L4-L5 et supérieur de L5 et S1 sans hypersignal du disque (diagnostic différentiel d'une spondylodiscite)

(médecin, chirurgien, patient) et après échec ou insuffisance d'efficacité de tous les traitements conservateurs.

Et si on traitait par antibiotiques ?

En raison de l'hypothèse infectieuse, une étude proposant à 77 patients un traitement antibiotique par acide clavulanique + amoxicilline pendant 100 jours (*vs* 67 patients sous placebo) a été menée. Un effet bénéfique sur les douleurs (à 3 et 12 mois) et la fonction a été montré par rapport au groupe placebo⁽¹⁰⁾. Ces résultats sont néanmoins très discutables dans cet essai comportant beaucoup de biais méthodologiques. D'autres études sont nécessaires aujourd'hui pour conclure que la lombalgie se traite par antibiotique !

Traitement symptomatique et patience

Le Modic 1 est une pathologie du sujet jeune occasionnant des douleurs lombaires inflammatoires, volontiers chroniques et dont les hypothèses étiologiques sont multiples. Le diagnostic repose sur l'IRM montrant des anomalies de signal des plateaux vertébraux de type inflammatoire (hyposignal T1, hypersignal T2). Le traitement doit être symptomatique

avec beaucoup de patience car l'évolution est le plus souvent favorable mais sur plusieurs mois. En cas d'échec, l'arthrodèse peut être envisagée. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Modic MT, Masaryk TJ, Ross JS, et al. Imaging of degenerative disk disease. *Radiology* 1988;168:177-86.
2. Modic MT, Steinberg PM, Ross JS, et al. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MRI. *Radiology* 1988;166:193-9.
3. Albert HB, Manniche C. Modic changes following lumbar disc herniation. *Eur Spine J* 2007;16:977-82.
4. Albert BH, Lambert P, Rollason J, et al. Does nuclear tissue infected with bacteria following disc herniations lead to Modic changes in the adjacent vertebrae? *Eur Spine J* 2013;22:690-6.
5. Baillly F, Maigne JY, Genevay S, et al. Inflammatory pain pattern and pain with lumbar extension associated with Modic 1 changes on MRI: a prospective case-control study of 120 patients. *Eur Spine J* 2014;23:493-7.
6. Rannou F, Ouanes W, Boutron I, et al. High-sensitivity C-Reactive Protein in chronic low back pain with vertebral end-plate Modic signal changes. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2007;57:1311-5.
7. Fayad F, Lefevre-Colau M-M, Rannou F, et al. Relation of inflammatory modic changes to intradiscal steroid injection outcome in chronic low back pain. *Eur Spine J* 2007;16:925-31.
8. Cao P, Jiang L, Zhuang C, et al. Intradiscal injection therapy for degenerative chronic discogenic low back pain with endplate Modic changes. *The Spine Journal* 2011;11:100-6.
9. Ohtori S, Suzuki M, Koshi T, et al. Single-level instrumented posterolateral fusion of the lumbar spine with local bone graft versus an iliac crest bone graft: a prospective, randomized study with a 2-year follow-up. *Eur Spine J* 2011;20 :635-9.
10. Albert HB, Sorensen JS, Schiott Christensen B, et al. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. *Eur Spine J* 2013;22:697-707.

Lombalgie commune

entretien

Le stade subaigu : point critique du parcours

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Les facteurs à la fois déclenchants et pérennisant des lombalgies aiguës sont bien identifiés, principalement psychologiques, environnementaux, sociétaux. Le médecin généraliste a un rôle primordial pour prévenir le passage à la chronicité mais, comme l'explique le Dr Marc Marty (service de rhumatologie de l'hôpital Henri-Mondor, Créteil), « il fait ce qu'il peut », au sein d'un système de soins où la prise en charge des patients lombalgiques subaigus est à reconsidérer.



Dr Marc Marty,
président de la section
Rachis reconnue par la Société
française de rhumatologie

Quand une personne « se fait mal au dos » pour la première fois, schématiquement, deux types de comportements s'opposent :

- dans la majorité des cas, les patients surpassent leur douleur et retrouvent leur état initial en participant activement à leur récupération. « Pour ces personnes qui n'ont pas de crainte par rapport à cette douleur lombaire, le message médical, rassurer et dissuader de se mettre au repos, passe facilement » ;
- d'autres personnes ne retrouveront pas leur état antérieur du fait d'un comportement d'évitement sous l'influence de facteurs de risque psychologiques, environnementaux, sociétaux, prépondérants sur les facteurs biomécaniques. « Une évaluation approfondie de ces facteurs s'impose, mais les questionnaires disponibles ne sont pas nécessairement adaptés à une utilisation en médecine générale. »

Une consultation pour rassurer et convaincre...

Pour les personnes en activité professionnelle, schématiquement, la lombalgie subaiguë place le patient en situation binaire : après une quinzaine de jours d'arrêt de travail, il se sent et se dit capable de travailler ou non. « Dans ce second cas, le médecin généraliste est en première ligne, et son rôle est capital mais difficile : il faut rassurer vis-à-vis de la crainte "d'avoir une maladie grave" et convaincre que la reprise d'activité est le plus souvent bénéfique. Pour cela, il faut pouvoir s'appuyer non seulement sur sa propre

conviction (encadré) mais aussi sur des arguments solides fondés sur les études cliniques. D'autant qu'à ce moment-là du parcours, le généraliste ne dispose habituellement pas d'argument d'imagerie pour rassurer le patient. Enfin, dans le cadre restreint d'une consultation, évaluer correctement les facteurs de risque que nous venons d'évoquer et mettre en place des stratégies adaptées est un vrai défi. »

Identifier précocement « les blocages au retour à un état de santé acceptable »

Et pourtant, pour les lombalgiques subaigus qui ne reprennent pas leur travail, des interventions adaptées dans un contexte spécialisé sont efficaces : plus l'intervention est précoce (entre la 3^e et la 6^e semaine), plus le risque de passage à la chronicité est réduit, alors que plus l'intervention tarde, plus le patient développe ses craintes et plus le déconditionnement à l'effort se construit. Dès lors, le moyen de « remettre en marche » le patient est de lui proposer un programme de réentraînement à l'effort. Mais les délais aux services spécialisés restent souvent longs. « Le problème est en partie là car l'organisation des soins en France n'est pas totalement adaptée pour prendre en charge les patients au stade subaigu même si des initiatives existent dans certaines régions : après trois ou quatre semaines d'arrêt de travail, les patients peuvent bénéficier sans trop de délai d'une consultation spécialisée permettant d'évaluer la situation et d'identifier "le blocage" en cause. » Car la lombalgie chronique révèle le plus souvent un problème sous-jacent (rarement biomécanique).

Dans les pays anglo-saxons, des entreprises privées financent des organismes, souvent privés, en charge de prévention secondaire : si un salarié est en arrêt de travail depuis dix à quinze jours, une évaluation lui est proposée pour mettre en place une solution en accord avec lui, son employeur et le médecin missionné par ces organismes. Ce modèle est difficilement transposable en France pour des raisons juridiques et déontologiques en lien avec le secret médical. •

Rencontre intersubjective

Pour que le médecin puisse rassurer le patient lombalgique, il doit lui-même être convaincu par un discours du type : « J'entends que vous avez mal, mais il n'est pas utile de faire une radio avant six semaines, car il n'y a pas de parallélisme entre les images et la gravité des lésions, et il faut poursuivre vos activités. » Or le savoir médical est solidement acquis, et longtemps le repos strict a été enseigné comme première mesure thérapeutique. On peut estimer que pour les rhumatologues, il a fallu de dix à quinze ans pour que cette recommandation soit abandonnée, pour les généralistes il a fallu de vingt à trente-cinq ans après la mise en évidence de l'intérêt du maintien des activités.

Marc Marty (marc.marty@hmn.aphp.fr) déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.